COQSS Conseil ontarien de la qualité des services de santé

Chaque Ontarienne, chaque Ontarien a sa part de responsabilité dans la qualité du système de santé ontarien. C'est parce qu'il s'agit de notre santé, donc de notre système de santé. Voilà pourquoi le gouvernement a mis sur pied, en septembre 2005, le **Conseil ontarien de la qualité des services de santé**. Le mandat du Conseil consiste à rendre compte de l'état du système de santé public ontarien et à en informer la population.

Ce dépliant présente les points culminants du premier rapport déposé par le Conseil. Chaque année, celui-ci produira un rapport qui portera sur l'accès par la population aux services de santé au moment opportun, sur la mixité des effectifs et leur nombre, sur la santé de la population en général et sur l'atteinte des résultats escomptés par le système. Une de ses tâches sera aussi d'aider le système de santé public à améliorer son rendement.

Ontario

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé est un organisme indépendant fondé en vertu de la ***Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé de l'Ontario***. Il se veut un « **vecteur indépendant et fiable de l'amélioration de la santé et des soins de santé de la population ontarienne** ».

Ce rapport porte sur les problèmes qui nuisent à la qualité de notre système de santé public. Il contient des renseignements qui favoriseront la compréhension de notre système de santé par l'ensemble de la population, qui susciteront la réflexion et qui contribueront à diffuser la perception du système par le Conseil. Celui-ci s'engage à rendre le système de santé plus responsable à l'endroit de la population et à en assurer l'amélioration durable.

Les flèches figurant sur la couverture du rapport représentent le modèle d'amélioration*. Le cycle se décompose en étapes gérables qui peuvent être testées et évaluées.

1re étape : PLAN
Identification des changements requis pour amener une amélioration et définition des méthodes d'évaluation.

2e étape : ACTION
Passage au changement.

3e étape : EXAMEN
Mesure des améliorations apportées.

4e étape : MISE EN ŒUVRE
Réalisation d'autres changements en fonction des leçons tirées.

* Le modèle d'amélioration a d'abord été publié en 1992 par Langley, Nolan et coll. dans *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*.

Nous voulons tous savoir si le système de santé public ontarien performe bien. Dans ce rapport, nous avons posé la question autrement : Quels sont les attributs d'un système de santé ultra performant en Ontario? Voici notre réponse : Un système de santé ultra performant est un système **sécuritaire, efficace, axé sur les patients, accessible, efficient, équitable, intégré, bien nanti en ce qui concerne les ressources et axé sur la santé de la population.**

L'étape suivante consistait à prendre connaissance des recherches et nombreuses autres sources d'information pour trouver des moyens de mesurer chaque attribut, perçu comme un indicateur de qualité pouvant faire l'objet d'un rapport remis à la population. Un indicateur est un barème numérique mesurant la progression vers un objectif. Malheureusement, les renseignements cliniques n'étant pas systématiquement consignés dans le réseau, notre perspective de la performance du système de santé est limitée.

Notre réflexion a aussi porté sur cinq pistes susceptibles de nous aider à rendre compte du potentiel d'amélioration du système de santé ontarien. Nous avons aussi examiné les efforts menés dans ce but.

- Comprendre et faciliter l'accès aux soins de santé
- Assurer la bonne mixité des effectifs en santé et leur nombre suffisant
- Maximiser l'utilisation des connaissances démontrées et des pratiques exemplaires
- Transformer la prestation des services de santé
- Utiliser la cybersanté pour transformer le système de santé ontarien

Nous nous sommes servis de ces renseignements pour mesurer l'état de chaque attribut. Les résultats de notre démarche sont illustrés dans le tableau intitulé « **Mise à jour sur la qualité du réseau public de la santé en Ontario** » joint à ce document.

Quelles conclusions tirons-nous de notre travail? Nous pensons que **l'investissement dans la cybersanté** qui fait intervenir les technologies de l'information pour gérer la santé, coordonner les soins, les fournir et en rendre compte ainsi que pour gérer le système de santé s'avère la solution la plus efficace pour faire progresser tous les attributs du système de santé et rendre ce dernier ultra performant. Grâce à la cybersanté, on pourra ainsi créer des dossiers électroniques pour tous les patients, des systèmes de gestion de l'information sur la santé et des réseaux de télésanté, laquelle fait appel à des outils technologiques pour fournir des soins à distance. De plus, l'intégration et l'utilisation plus répandue de ces technologies favoriseront :

- La prise de décisions judicieuses au sujet des soins
- La pose de diagnostics et le choix de traitements plus efficaces
- La réduction du nombre d'erreurs médicales
- La sécurité des patients
- L'efficacité
- L'accès aux services de santé
- La recherche sur les soins et sur la gouvernance du système
- La production de renseignements contribuant à l'amélioration continue de la qualité

106-04411/

Après avoir lu la **Mise à jour sur la qualité du réseau public de la santé en Ontario** jointe à ce document, vous vous poserez peut-être la question suivante....

Que faut-il en penser?

Nous avons découvert que le système de santé ontarien performe relativement bien en comparaison des autres provinces canadiennes. En général, les Ontariens et les Ontariennes sont en meilleure santé qu'auparavant et les soins de santé produisent de plus en plus les résultats escomptés. Néanmoins, certains aspects ont grandement besoin d'être rénovés. Par exemple, nous nous préoccupons plus dorénavant de la coordination et de l'intégration des services de santé. Ce qui n'est pas mauvais en soi. Toutefois, l'insuffisance des renseignements disponibles met un frein à la possibilité d'améliorer continuellement la qualité du système, d'en évaluer la performance et d'en rendre compte. C'est là où le problème se corse. Cela dit, on songe de plus en plus à améliorer le système d'information sur la santé, idée qui pourrait s'avérer bénéfique.

L'Ontario investit de fortes sommes dans la recherche mais ne tire pas suffisamment de profits des travaux de recherche en raison de sa difficulté à mettre en œuvre les idées intéressantes proposées. Parallèlement, dans divers endroits en Ontario on a mis en place des moyens brillants pour améliorer la prestation des soins. Il faut les implanter à l'échelle de la province.

Le système de santé ontarien est-il ultra performant? Pas en ce qui a trait à tous les attributs, pas dans l'ensemble du réseau et pas pour le moment. Néanmoins, les leaders du milieu de la santé ont raison de veiller à en améliorer la qualité et il semble qu'ils sachent comment y parvenir. Il nous appartient maintenant à tous de mettre l'épaule à la roue.

Il se veut un « vecteur indépendant et fiable de l'amélioration de la santé et des soins de santé de la population ontarienne ».

COQSS Conseil ontarien de la qualité des services de santé

Mise à jour sur la qualité du réseau public de la santé en Ontario

Attributs : La population ontarienne souhaite que le réseau de la santé soit –	Signes d'amélioration	Besoin manifeste	Perspectives d'avenir
Sécuritaire			
Les soins devraient faire du bien plutôt que du tort à ceux qui les reçoivent.	Les données révèlent une diminution constante du nombre de personnes qui se cassent un membre pendant leur hospitalisation dans un centre de soins actifs ou qui ont une escarre pendant leur hospitalisation dans un centre de soins pour malades chroniques.	Il faut réduire à néant le nombre d'événements indésirables prévisibles[1]. Une étude pancanadienne avance qu'il s'est probablement produit 32 000 événements de ce type dans les hôpitaux ontariens en 2004. Malheureusement, il est impossible d'établir la nature et le nombre exacts de ces événements du fait que les systèmes d'information ne les répertorient pas systématiquement. Il est donc difficile de trouver des moyens pour les réduire ou les éliminer. [1] « Blessure ou complication involontaire se traduisant par une incapacité du patient au moment où il reçoit son congé, par son décès ou par une prolongation de son hospitalisation. Cette blessure ou complication est attribuable à la gestion des soins de santé et non à une maladie sous-jacente du patient. »	*Le Groupe de travail sur la sécurité des patients* déposera un rapport au printemps 2006. Ce rapport proposera des solutions visant l'amélioration continue des soins et de la sécurité que le Conseil de la qualité suivra de près dans les années à venir. Nous nous attendons à ce que le nombre de médicaments administrés par erreur et d'événements indésirables diminue au fur et à mesure que les méthodes d'évaluation de la sécurité des patients s'amélioreront.
Effectif			
Les meilleures preuves scientifiques devraient servir de fondement aux soins pour qu'ils soient les meilleurs et les plus adéquats possibles. Les innovations devraient aussi être fondées sur les données les plus précises, qu'il soit question de nouvelles méthodes de coordination des soins, de prévention, de prestation des services ou d'utilisation de technologies.	Le réseau de la santé ontarien est de plus en plus efficace en ce qui concerne la prestation des soins, notamment chez les patients cancéreux ou en attente d'une intervention à la suite d'une crise cardiaque.	Il existe de nombreuses lignes directrices efficaces destinées à empêcher la détérioration à long terme de l'état de santé, mais on ne s'y conforme pas systématiquement. La moitié seulement des patients ayant nouvellement reçu un diagnostic de diabète se voient recommander de subir un examen oculaire, comme le suggère ces lignes directrices. Dans de nombreux autres cas, le réseau ne profite pas de la recherche sur la santé. L'utilisation de nouvelles connaissances est rendue difficile en raison de l'absence de soutien et du manque de fonds et de temps. De meilleurs systèmes de gestion de l'information sur la santé pourraient régler ce problème. À l'occasion d'un prochain rapport, le Conseil examinera les résultats de méthodes employées pour mettre efficacement de telles connaissances en pratique.	La Stratégie de réduction des temps d'attente du ministère de la Santé et des Soins de longue durée s'avère prometteuse. Elle servira de modèle pour améliorer le rendement du réseau et mieux gérer les temps d'attente pour cinq interventions clés et examens diagnostiques. Elle suggère de travailler avec des mentors qui aideront les équipes à uniformiser les pratiques exemplaires, à établir des objectifs de rendement et à mettre en place des mesures de reddition des comptes.

Axé sur les patients

Les soins axés sur les patients respectent l'individualité, l'origine ethnique, la dignité, la vie privée et les besoins en information du patient et de ses proches. Cette vision respectueuse doit caractériser l'ensemble du réseau de la santé. Les patients doivent être maîtres de leurs soins. La responsabilité à l'endroit des patients et de leurs proches doit être élevée.

Des sondages indiquent qu'une grande majorité d'Ontariens et d'Ontariennes jugent les soins de santé bons ou excellents.

Notre rapport contient quelques exemples de soins axés sur les patients.

Moins de la moitié des patients transférés dans un centre de soins de longue durée sont déplacés dans la maison constituant leur premier choix. La situation n'est pas meilleure dans la collectivité, près de 40 % de la population ne pouvant être hébergée dans la maison préférée aux autres.

Les nouveaux réseaux locaux d'intégration des services de santé seront responsables de la planification, de l'intégration et du financement des services de santé locaux dans quatorze régions de la province. Ces réseaux, qui collaborent avec des membres de la collectivité et des fournisseurs de soins de santé locaux en vue d'établir les priorités en matière de services de santé, s'assureront que les décisions sont prises dans l'intérêt des patients.

Les équipes Santé familiale ont pour mission de coordonner l'accès des patients à divers services de santé fournis par une équipe diversifiée qui comporte entre autres leur médecin de famille.

Accessible

Les patients nécessitant des soins de santé doivent pouvoir recevoir des soins adéquats dans le milieu le plus approprié possible. Il faut aussi continuer à réduire les temps d'attente et les délais.

Notre rapport fait état de certains obstacles à surmonter pour accéder aux soins et montre qu'en se servant des bons outils, d'information et de mesures incitatives, des équipes de soins de toute la province remplissent leur mission.

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, près d'un million d'Ontariens et d'Ontariennes n'ont pas accès à un médecin de famille habituel. Il est possible que, pour cette raison, ces personnes ne demandent pas de soins préventifs, notamment en matière de dépistage et de vaccination, et qu'elles aient plus de difficulté à consulter un spécialiste.

L'accès à une diversité de services de santé constitue toujours un problème, particulièrement chez les démunis, les immigrants, la population des régions rurales et les autochtones.

Les équipes Santé familiale faciliteront l'accès aux soins de santé primaires. Leurs équipes multidisciplinaires ont été formées dans le but de permettre aux professionnels de la santé d'offrir des soins plus appropriés à un plus grand nombre de personnes.

La Stratégie de réduction des temps d'attente vise à accélérer et à faciliter l'accès aux chirurgies destinées aux patients cancéreux ou cardiaques, aux chirurgies de la cataracte, aux arthroplasties de la hanche et du genou ainsi qu'aux examens par IRM et tomodensitométrie.

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé ont pour tâche d'évaluer et de régler les problèmes d'accès dans les collectivités.

Efficient

Il faut mener des efforts soutenus pour réduire le gaspillage, notamment des fournitures, du matériel, du temps, des idées, de la propriété intellectuelle et des renseignements sur la santé.

En Ontario, la durée des hospitalisations en soins actifs est plus courte, le nombre de chirurgies d'un jour plus élevé et les coûts par cas moindres que dans les hôpitaux de la plupart des autres provinces.

L'Ontario a mis au point des pratiques efficaces fondées sur la recherche qui font une utilisation plus judicieuse des ressources, par exemple les règles d'Ottawa concernant l'utilisation des radiographies en cas de blessures à la cheville et au genou.

Dans les hôpitaux ontariens, près de 10 % des places en soins actifs sont occupées par des patients en attente d'être déplacés vers d'autres services. Il s'agit là d'une utilisation inefficace de notre service de santé le plus dispendieux.

Il y a lieu de croire que des ressources sont gaspillées en raison d'un manque de connaissances ou de l'absence de pratiques exemplaires démontrées.

Les ententes relatives à la reddition des comptes conclues entre les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les fournisseurs de soins de santé visent à responsabiliser l'utilisation des ressources en santé.

Équitable

Il faut mener des efforts soutenus pour atténuer les disparités quant à la santé des groupes désavantagés en raison de leur statut social ou économique, de leur âge, de leur sexe, de leur origine ethnique, de l'endroit où ils habitent ou de leur langue.

Notre rapport contient des solutions destinées à atténuer certaines disparités en Ontario. Parmi celles-ci figurent le recours à la télésanté pour briser l'isolement géographique et faciliter l'accès aux soins de santé par les Premières nations et la mise au point de programmes ciblant les communautés linguistiques et culturelles.

Le taux de décès à la suite d'un accident vasculaire cérébral est de plus de 30 % plus élevé à Kingston que dans la région de York, alors même que la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux Ontario tente de standardiser les soins.

On trouve plus de 50 % de médecins non spécialistes par personne à Toronto que dans les régions de York et Durham affichant une forte croissance.

Des recherches ont avancé que certains groupes de population, en particulier les démunis, les immigrants, les personnes en région rurale et les autochtones ont plus de difficulté à obtenir des soins de santé.

Chaque réseau local d'intégration des services de santé devra produire des données sur le rendement. Celles-ci serviront à évaluer l'équité de l'accès dans les régions.

Intégré

Pour tous les fournisseurs de soins de santé, le réseau de la santé doit établir des objectifs clairs en matière de qualité. Ces objectifs doivent refléter ceux en vigueur dans la province, dans la région et dans la localité. Chaque organisme qui offre des services de santé doit faire le suivi de ces objectifs dans une optique de reddition des comptes.

Les patients ne peuvent pas toujours être déplacés facilement et rapidement lorsque le type de soins dont ils ont besoin change Bon nombre d'entre eux doivent attendre à l'hôpital jusqu'à ce que le service requis (soins à domicile, soins de longue durée ou réadaptation) devienne accessible.

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé sont responsables de la planification, de l'intégration et du financement des services de santé locaux dans quatorze régions de la province. Ils superviseront et coordonneront les services de santé fournis dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, les services communautaires de soutien et les organismes en santé mentale. Ultérieurement, ils procureront des fonds et des ressources aux fournisseurs locaux de soins de santé.

Adéquatement nanti

Le système de santé doit prévoir former adéquatement ses effectifs, offrir un milieu de travail sécuritaire et gratifiant et un nombre suffisant d'installations, d'instruments et d'outils technologiques pour assurer la productivité et l'efficacité des soins.

En comparaison des autres provinces, le personnel soignant du réseau ontarien s'absente relativement peu souvent du travail pour des raisons de santé ou d'incapacité.

On a augmenté la capacité de former des médecins, du personnel infirmier, des sages-femmes et des pharmaciens et d'évaluer les professionnels de la santé formés outremer. Le gouvernement s'est engagé à augmenter encore plus ce nombre d'ici 2009-2010.

Le personnel soignant du réseau de la santé ontarien s'absente 50 % plus souvent pour des raisons de santé ou d'incapacité que dans les autres secteurs d'emploi.

Bien que les effectifs en santé aient augmenté en Ontario, leur nombre est insuffisant par rapport à la croissance de la demande pour des services de santé offerts à une population croissante et vieillissante.

Le vieillissement de la population a pour effet d'accroître la demande pour des services de santé et le nombre de professionnels de la santé à la retraite. Cette situation menace la capacité du système de santé. La répartition géographique constitue aussi un problème.

Un haut fonctionnaire responsable des ressources humaines dans le réseau de la santé a été nommé pour un mandat de deux ans ayant débuté en septembre 2005. Il relève à la fois du ministère de la Santé et du ministère de la Formation et des Collèges et Universités. Le rapport de 2007 du Conseil ontarien de la qualité des services de santé rendra compte des progrès réalisés.

Focalisé sur la santé de la population

Il faut résolument s'efforcer d'améliorer la santé en général de la population ontarienne.

L'espérance de vie des Ontariens et des Ontariennes est en hausse. Parmi les réussites en matière de santé de la population, citons la baisse du nombre de fumeurs et de conducteurs avec facultés affaiblies ainsi que l'utilisation plus fréquente de la ceinture de sécurité et du casque de bicyclette chez les enfants. Les chiffres sur le programme universel de vaccination contre la grippe indiquent que les personnes âgées, qui risquent le plus de souffrir des complications de la grippe, se font vacciner.

Certains aspects de la santé de la population sont moins prometteurs. Par exemple, plus d'hommes jeunes sont obèses. Des études américaines récentes ont émis l'hypothèse que l'impact de l'obésité serait si important qu'il pourrait faire reculer l'espérance de vie. Le taux de maladies transmises sexuellement est aussi à la hausse.

L'établissement d'un ministère de la Promotion de la santé vise à accroître l'intérêt et les actions favorisant la promotion de la santé de la population.

Pour favoriser tous les attributs d'un système de santé ultra performant en Ontario —

La cybersanté est indispensable

La cybersanté est un modèle de santé centré sur le client. Elle fait intervenir une collaboration entre les intervenants et l'utilisation de technologies de l'information pour gérer la santé, pour coordonner, fournir et prendre la responsabilité des soins de santé et pour gérer le réseau de la santé.

Divers projets sont en cours à l'échelle régionale et provinciale, parmi lesquels figurent le Système d'information de laboratoire de l'Ontario, des systèmes d'information pour la santé publique, l'accès par les services des urgences aux ordonnances des patients, le Système d'information sur les temps d'attente, un système régional d'imagerie diagnostique dans la vallée de la Thames et un dossier électronique sur la santé des enfants.

La plupart des associations hospitalières de l'Ontario ont mis en place des plans stratégiques pour informatiser les dossiers des patients dans l'intention d'améliorer leurs systèmes d'information clinique. L'état de la cybersanté est relativement avancé en Ontario et l'on en consolide la gouvernance et le financement.

La mise en place le plus tôt possible de dossiers informatisés est l'étape la plus importante sur la voie d'un environnement de gestion de la santé marqué au sceau de la compétence. Sans cette étape, l'Ontario sera incapable d'appuyer entièrement une démarche continue d'amélioration de la qualité. L'Ontario n'a pas encore suffisamment ni assez rapidement centré ses efforts sur la cybersanté. En outre, l'absence de plan clair, de mesures de gouvernance adéquates et de fonds nécessaires pose problème.

La mise en place de dossiers électroniques sur les patients pourrait s'accélérer substantiellement grâce à un mandat plus solide de la part de l'Inforoute Santé du Canada, organisme national créé à l'occasion d'une entente conclue par les premiers ministres en septembre 2000. Cette entente fait appel à la collaboration de tous les partenaires dans le but de bâtir une infrastructure pancanadienne de la santé qui améliorera la qualité, facilitera l'accès et réduira le temps d'attente aux soins de santé pour la population canadienne.

L'Ontario participe à la mise en œuvre, à l'échelle nationale, d'outils de cybersanté, notamment de dossiers électroniques des patients. Il a aussi commandé récemment un examen opérationnel de son Agence des systèmes intelligents pour la santé.

Les hôpitaux ontariens se préparent davantage à se servir de dossiers électroniques; certains hôpitaux universitaires sont maintenant prêts à les utiliser.

Le travail de l'Équipe des résultats dans le domaine de la santé pour la gestion de l'information du ministère de la Santé et des Soins de longue durée porte sur la production de meilleures données dans l'intention de favoriser la reddition des comptes et l'amélioration de la qualité grâce à des indicateurs de performance, et de faciliter la prise de décision fondée sur les faits.

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2006

COQSS Conseil ontarien de la qualité des services de santé

Membres du Conseil

Le Conseil est formé de 11 membres élus. Ces personnes proviennent de diverses régions de la province et ont une expérience variée de la santé et du leadership.

Laura Talbot-Allan
(Kingston)

Dre Arlene Bierman
(Toronto)

Shaun Devine
(Waterloo)

Paul Genest
(Ottawa)

Victoria Grant
(Stouffville)
Vice-présidente

Raymond V. Hession
(Ottawa)
Président

Zulfikarali Kassamali
(Toronto)

Dr Raymond Lafleur
(Hearst)

Abbyann Day Lynch
(Toronto)

Lyn McLeod
(Thunder Bay)

Dre Janice Owen
(Ilderton)

Administration

Angie Heydon
Directrice générale

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2006

Au sujet du Conseil

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé est un organisme indépendant financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Il rend compte directement à la population de l'accès aux services de santé publics, de l'état des effectifs employés dans les services de santé publics, de l'état de santé des clients et de la population, et des problèmes que connaît le système de santé.

Son rôle consiste à rendre le système plus responsable à l'endroit de la population ontarienne grâce à la production de rapports indépendants et objectifs portant sur la qualité du système de santé et à favoriser la compréhension des facteurs sous-jacents. Il s'efforce de fournir aux Ontariens et aux Ontariennes ainsi qu'au gouvernement et aux organismes professionnels des renseignements utiles, fondés sur les faits, qui les aideront à prendre des décisions éclairées au sujet du système de santé.

Quels sont nos résultats?

Version intégrale du rapport

Rendez-vous sur le site **www.ohqc.ca** pour télécharger une copie du premier rapport annuel du Conseil.

Des commentaires?

N'hésitez pas à transmettre vos commentaires que vous pourrez également formuler à l'occasion des visites que le Conseil effectuera dans certaines collectivités de la province. Rendez-vous sur le site **www.ohqc.ca** pour lui faire part de vos réflexions et pour connaître les dates et les lieux où il tiendra une assemblée publique.

COQSS Conseil ontarien de la qualité des services de santé

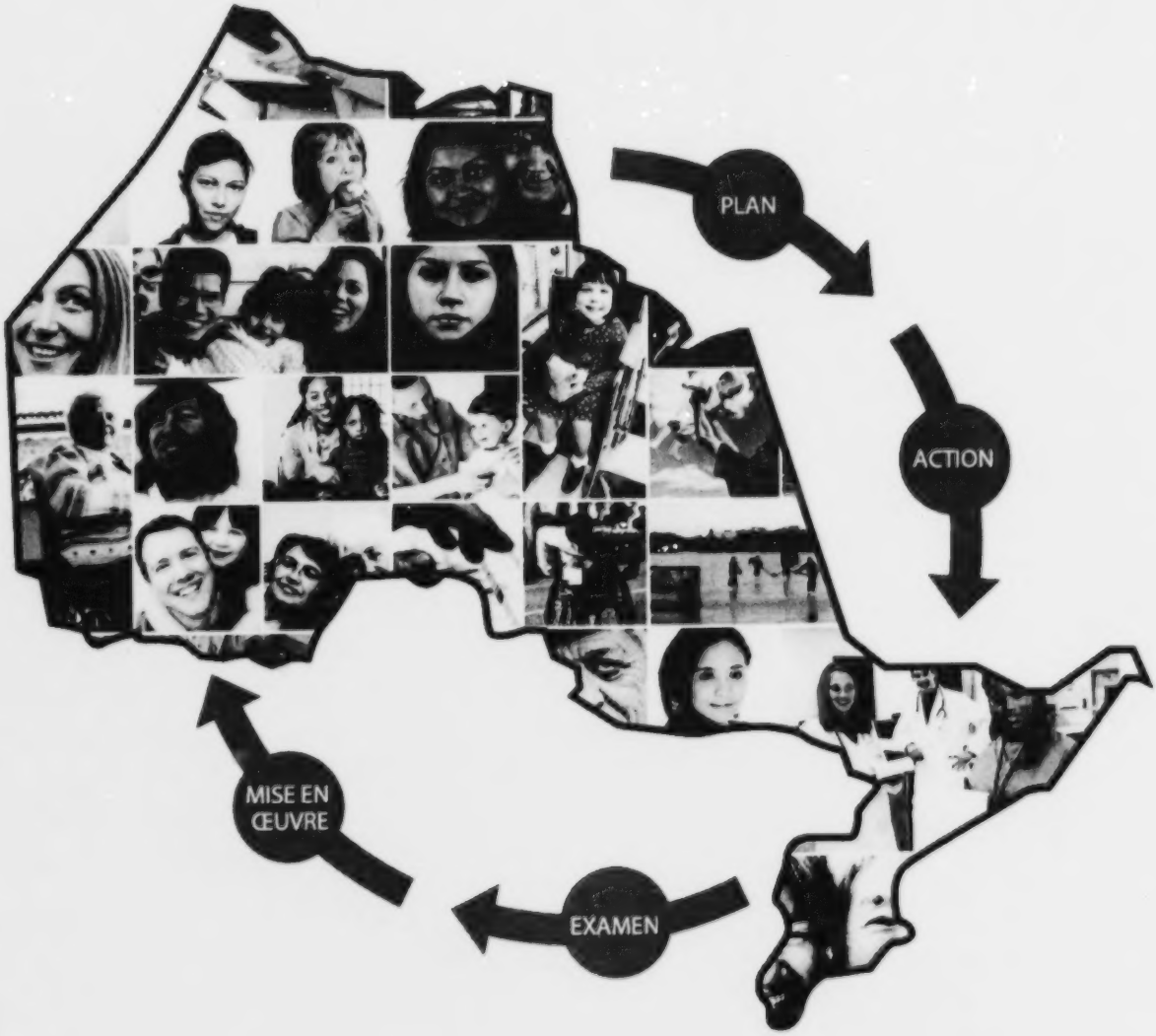
Conseil ontarien de la qualité des services de santé
1075, rue Bay, bureau 601
Toronto (Ontario) M5S 2B1

Téléphone : 416 323-6868
Tél. sans frais : 1 866 623-6868
Téléc. : 416 323-9261
Courriel : ohqc@ohqc.ca

www.ohqc.ca

Ontario

COQSS Conseil ontarien de la qualité des services de santé



Ontario

Premier rapport annuel de 2006

Les flèches figurant sur la couverture du rapport représentent le modèle d'amélioration*. Le cycle se décompose en étapes gérables qui peuvent être testées et évaluées.

1re étape : **PLAN**
Identification des changements requis pour amener une amélioration et définition des méthodes d'évaluation.

2e étape : **ACTION**
Passage au changement.

3e étape : **EXAMEN**
Mesure des améliorations apportées.

4e étape : **MISE EN ŒUVRE**
Réalisation d'autres changements en fonction des leçons tirées.

* Le modèle d'amélioration a d'abord été publié en 1992 par Langley, Nolan et coll. dans The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance.

ISSN 1718-7427
© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2006

Rapport du conseil ontarien de la qualité des services de santé

Table des matières

Résumé et conclusions 2

1.0 Introduction 9

2.0 Ce que la population ontarienne attend : les attributs d'un système de santé très efficace 9

3.0 Indicateurs de rendement 10
3.1 Comment pouvons-nous évaluer le rendement de notre système de santé? 10
3.2 Que pouvons-nous mesurer dès à présent dans notre système de santé ? 10
3.3 Limites sur ce que nous pouvons mesurer 12
3.4 Nécessité d'indicateurs et de rapports plus efficaces 12
3.5 Conclusions 12

4.0 Comprendre et améliorer l'accès aux soins de santé 14
4.1 L'accès va au-delà de simples listes d'attente 14
4.2 À populations spéciales, problèmes d'accès spéciaux 14
4.3 Éliminer les obstacles à l'accès aux soins 15
4.4 Comprendre et améliorer l'accès aux services de santé 16
4.5 Identifier et éliminer les services inappropriés 16
4.6 Réduire la demande grâce à des services plus appropriés 16
4.7 Gérer le temps d'attente et les retards dans le système de santé 18
4.8 Conclusions 20

5.0 Rassembler les professionnels de la santé en nombre suffisant et selon les proportions adéquates 21
5.1 Une crise imminente et certaines mesures prometteuses 21
5.2 Conclusions 22

6.0 Diffuser l'utilisation des connaissances démontrées et des pratiques exemplaires éprouvées 22
6.1 Ce qu'il en coûte de ne pas appliquer nos connaissances 22
6.2 Des avantages clairs lorsque la recherche et la pratique sont liées 23
6.3 Mettre en place des soins de qualité fondés sur la recherche 23
6.4 Conclusions 24

7.0 Transformer la prestation des services de santé 25
7.1 Équipes Santé familiale 25
7.2 Réseaux locaux d'intégration des services de santé 25
7.3 Stratégie en matière de temps d'attente 25
7.4 Gestion de l'information 25
7.5 Leadership 26
7.6 Conclusions 26

8.0 La cybersanté, vecteur de transformation du système de santé de l'Ontario 26
8.1 Qu'est-ce que la cybersanté? 26
8.2 Avantages 27
8.3 Les progrès de la cybersanté en Ontario 27
8.4 Rendement potentiel de l'investissement de l'Ontario 28
8.5 Nécessité d'une gestion efficace de la cybersanté 28
8.6 Conclusions 29

Annexes : Indicateurs de rendement du système de santé 31
Appendix 1 – Sécuritaire 31
Appendix 2 – Efficace 32
Appendix 3 – Axé sur le patient 34
Appendix 4 – Accessible 36
Appendix 5 – Efficient 37
Annexe 6 – Équitable 39
Annexe 7 – Intégré 40
Annexe 8 – Doté de ressources suffisantes 41
Annexe 9 – Axé sur la santé de la population 42

Remerciements 44
Membres du Conseil ontarien de la qualité des services de santé 45

Conseil ontarien de la qualité des services de santé
Premier rapport annuel 2006

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé est un organisme indépendant créé en vertu de la Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé. Sa vision consiste à être « un vecteur indépendant et fiable de l'amélioration de la santé et des soins de santé de la population ontarienne ».

Résumé et conclusions

Chaque Ontarienne, chaque Ontarien a sa part de responsabilité dans la qualité du système de santé provincial. Il s'agit en effet de notre santé et donc de notre système de santé. C'est pourquoi le gouvernement a créé, en septembre 2005, le Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Le mandat du Conseil consiste notamment à rendre compte à la population ontarienne de l'état de son système de santé public et à soutenir les travailleurs et les organismes de la santé dans leurs efforts visant à améliorer continuellement la qualité de leur travail.

Le présent document constitue notre premier rapport annuel. Chaque année, le Conseil publiera un rapport établissant si les Ontariennes et les Ontariens ont accès aux services de santé requis en temps opportun, si les professionnels de la santé sont rassemblés en nombre suffisant et selon les proportions adéquates, si l'état de santé général de la population est satisfaisant et si le système a obtenu les résultats escomptés. Une autre de ses tâches consistera à contribuer à l'amélioration du rendement du système.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire ce rapport. Grâce à leur participation éclairée, les Ontariennes et les Ontariens aideront notre système de santé à s'améliorer continuellement et le rendront plus responsable envers la population. Ci-après figure un résumé des principaux points et conclusions du rapport de cette année. Vous trouverez davantage de renseignements dans le rapport complet, lesquels sont étayés par des conclusions détaillées reprises en annexe.

Qu'est-ce qu'un système de soins de santé très performant?

Nous voulons tous savoir si le système de santé public ontarien est efficace. Aux fins de ce rapport, nous avons formulé la question suivante : Quels sont les attributs d'un système de santé très performant en Ontario? Notre réponse est que ce système doit être sécuritaire, efficace, axé sur le patient, accessible, efficient, équitable, intégré, doté de ressources suffisantes et axé sur la santé de la population.

L'étape suivante a consisté à consulter des travaux de recherche et de nombreuses autres sources d'information afin de trouver des moyens fiables de mesurer chaque attribut, des « indicateurs » de qualité dont nous pourrions rendre compte. Nos conclusions sont reprises à la section 3. Cependant, comme ces indicateurs doivent constituer une mesure numérique de la progression vers un but, cette démarche ne nous offre qu'une vision limitée du rendement du système de santé. Il nous faudra donc commencer à collecter davantage de données, de manière à pouvoir les utiliser pour obtenir des mesures valides et réaliser des comparaisons entre les soins de santé de la province.

Nous avons également examiné cinq thèmes qui nous permettraient de rendre compte des possibilités d'amélioration du système de santé provincial et des mesures prises dans chacun de ces domaines. Nos conclusions à cet égard sont présentées aux sections 4 à 8 :

- Comprendre et améliorer l'accès aux soins de santé
- Rassembler les professionnels de la santé en nombre suffisant et selon les proportions adéquates
- Diffuser l'utilisation des connaissances démontrées et des pratiques exemplaires éprouvées
- Transformer la prestation des services de santé
- Utiliser la cybersanté pour transformer le système de santé ontarien

Nous avons utilisé tous ces renseignements pour évaluer chaque attribut. Vous trouverez les résultats de cette évaluation dans la Mise à jour sur la qualité du système de santé figurant ci-après.

Quelle est notre conclusion? Nous pensons que l'investissement dans la cybersanté (l'utilisation des technologies de l'information pour gérer la santé, coordonner et fournir les soins, en rendre compte, et gérer le système de santé) sera le moyen le plus efficace d'améliorer tous les attributs d'un système de santé très performant. La cybersanté consiste notamment à créer des dossiers médicaux électroniques pour tous les patients, des systèmes de gestion de l'information de santé et des systèmes de télésanté (utilisation de la technologie, notamment la vidéoconférence et le transfert numérique de données pour fournir des soins à distance). L'utilisation plus vaste et plus intégrée de cette technologie permettra d'obtenir les résultats suivants :

- des meilleures décisions en matière de soins;
- un diagnostic et un traitement plus efficaces;
- une diminution du nombre d'erreurs médicales;
- une amélioration de la sécurité des patients;
- une plus grande efficience;
- un meilleur accès aux services;
- de meilleures recherches sur les soins et sur la gestion du système;
- des renseignements permettant une amélioration continue de la qualité.

Après avoir lu la Mise à jour sur la qualité du système de santé, vous vous poserez probablement la question suivante :

Qu'est-ce que tout cela signifie?

Nous avons établi que le système de santé ontarien était performant par rapport à celui d'autres régions du Canada. L'état de santé général de la population ontarienne s'améliore et nos soins de santé parviennent de plus en plus souvent aux résultats escomptés. Cependant, certains grands aspects du système doivent être revus — parfois en profondeur. Nous accordons davantage d'attention à la coordination et à l'intégration des services de santé. C'est une bonne nouvelle. Cependant, des renseignements inadéquats limitent notre capacité à améliorer continuellement la qualité des services, à surveiller le rendement du système et à en rendre compte. C'est une moins bonne nouvelle. Il existe cependant une volonté de plus en plus forte d'améliorer le système d'information de santé. Cette démarche pourrait également être positive.

L'Ontario investit beaucoup dans la recherche mais n'en retire pas suffisamment de bénéfices, faute de pouvoir appliquer efficacement les bonnes idées issues de ces recherches. De même, partout dans la province des solutions brillantes ont été mises en œuvre pour améliorer les soins dispensés aux patients. Ces solutions devraient être plus largement adoptées.

Le système de santé ontarien est-il très performant? Pas pour tous les attributs, pas partout, pas encore. Cependant, les responsables de la santé semblent, avec raison, se concentrer sur l'amélioration de la qualité et apparemment, nous savons ce qu'il faut faire pour y parvenir. À présent, chacun de nous doit contribuer à la réalisation de cet objectif.

Mise à jour sur la qualité du réseau public de la santé en Ontario

Attributs : La population ontarienne souhaite que le réseau de la santé soit –	Signes d'amélioration	Besoin manifeste	Perspectives d'avenir
Sécuritaire			
Les soins devraient faire du bien plutôt que du tort à ceux qui les reçoivent.	Les données révèlent une diminution constante du nombre de personnes qui se cassent un membre pendant leur hospitalisation dans un centre de soins actifs ou qui ont une escarre pendant leur hospitalisation dans un centre de soins pour malades chroniques.	Il faut réduire à néant le nombre d'événements indésirables prévisibles[1]. Une étude pancanadienne avance qu'il s'est probablement produit 32 000 événements de ce type dans les hôpitaux ontariens en 2004. Malheureusement, il est impossible d'établir la nature et le nombre exacts de ces événements du fait que les systèmes d'information ne les répertorient pas systématiquement. Il est donc difficile de trouver des moyens pour les réduire ou les éliminer. [1] « Blessure ou complication involontaire se traduisant par une incapacité du patient au moment où il reçoit son congé, par son décès ou par une prolongation de son hospitalisation. Cette blessure ou complication est attribuable à la gestion des soins de santé et non à une maladie sous-jacente du patient. »	*Le Groupe de travail sur la sécurité des patients* déposera un rapport au printemps 2006. Ce rapport proposera des solutions visant l'amélioration continue des soins et de la sécurité que le Conseil de la qualité suivra de près dans les années à venir. Nous nous attendons à ce que le nombre de médicaments administrés par erreur et d'événements indésirables diminue au fur et à mesure que les méthodes d'évaluation de la sécurité des patients s'amélioreront.
Effectif			
Les meilleures preuves scientifiques devraient servir de fondement aux soins pour qu'ils soient les meilleurs et les plus adéquats possibles. Les innovations devraient aussi être fondées sur les données les plus précises, qu'il soit question de nouvelles méthodes de coordination des soins, de prévention, de prestation des services ou d'utilisation de technologies.	Le réseau de la santé ontarien est de plus en plus efficace en ce qui concerne la prestation des soins, notamment chez les patients cancéreux ou en attente d'une intervention à la suite d'une crise cardiaque.	Il existe de nombreuses lignes directrices efficaces destinées à empêcher la détérioration à long terme de l'état de santé, mais on ne s'y conforme pas systématiquement. La moitié seulement des patients ayant nouvellement reçu un diagnostic de diabète se voient recommander de subir un examen oculaire, comme le suggère ces lignes directrices. Dans de nombreux autres cas, le réseau ne profite pas de la recherche sur la santé. L'utilisation de nouvelles connaissances est rendue difficile en raison de l'absence de soutien et du manque de fonds et de temps. De meilleurs systèmes de gestion de l'information sur la santé pourraient régler ce problème. À l'occasion d'un prochain rapport, le Conseil examinera les résultats de méthodes employées pour mettre efficacement de telles connaissances en pratique.	La Stratégie de réduction des temps d'attente du ministère de la Santé et des Soins de longue durée s'avère prometteuse. Elle servira de modèle pour améliorer le rendement du réseau et mieux gérer les temps d'attente pour cinq interventions clés et examens diagnostiques. Elle suggère de travailler avec des mentors qui aideront les équipes à uniformiser les pratiques exemplaires, à établir des objectifs de rendement et à mettre en place des mesures de reddition des comptes.

Mise à jour sur la qualité du réseau public de la santé en Ontario

Attributs : La population ontarienne souhaite que le réseau de la santé soit –	Signes d'amélioration	Besoin manifeste	Perspectives d'avenir
Axé sur les patients			
Les soins axés sur les patients respectent l'individualité, l'origine ethnique, la dignité, la vie privée et les besoins en information du patient et de ses proches. Cette vision respectueuse doit caractériser l'ensemble du réseau de la santé. Les patients doivent être maîtres de leurs soins. La responsabilité à l'endroit des patients et de leurs proches doit être élevée.	Des sondages indiquent qu'une grande majorité d'Ontariens et d'Ontariennes jugent les soins de santé bons ou excellents. Notre rapport contient quelques exemples de soins axés sur les patients.	Moins de la moitié des patients transférés dans un centre de soins de longue durée sont déplacés dans la maison constituant leur premier choix. La situation n'est pas meilleure dans la collectivité, près de 40 % de la population ne pouvant être hébergée dans la maison préférée aux autres.	Les nouveaux réseaux locaux d'intégration des services de santé seront responsables de la planification, de l'intégration et du financement des services de santé locaux dans quatorze régions de la province. Ces réseaux, qui collaborent avec des membres de la collectivité et des fournisseurs de soins de santé locaux en vue d'établir les priorités en matière de services de santé, s'assureront que les décisions sont prises dans l'intérêt des patients. Les équipes Santé familiale ont pour mission de coordonner l'accès des patients à divers services de santé fournis par une équipe diversifiée qui comporte entre autres leur médecin de famille.
Accessible			
Les patients nécessitant des soins de santé doivent pouvoir recevoir des soins adéquats dans le milieu le plus approprié possible. Il faut aussi continuer à réduire les temps d'attente et les délais.	Notre rapport fait état de certains obstacles à surmonter pour accéder aux soins et montre qu'en se servant des bons outils, d'information et de mesures incitatives, des équipes de soins de toute la province remplissent leur mission.	Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, près d'un million d'Ontariens et d'Ontariennes n'ont pas accès à un médecin de famille habituel. Il est possible que, pour cette raison, ces personnes ne demandent pas de soins préventifs, notamment en matière de dépistage et de vaccination, et qu'elles aient plus de difficulté à consulter un spécialiste. L'accès à une diversité de services de santé constitue toujours un problème, particulièrement chez les démunis, les immigrants, la population des régions rurales et les autochtones.	Les équipes Santé familiale faciliteront l'accès aux soins de santé primaires. Leurs équipes multidisciplinaires ont été formées dans le but de permettre aux professionnels de la santé d'offrir des soins plus appropriés à un plus grand nombre de personnes. La Stratégie de réduction des temps d'attente vise à accélérer et à faciliter l'accès aux chirurgies destinées aux patients cancéreux ou cardiaques, aux chirurgies de la cataracte, aux arthroplasties de la hanche et du genou ainsi qu'aux examens par IRM et tomodensitométrie. Les réseaux locaux d'intégration des services de santé ont pour tâche d'évaluer et de régler les problèmes d'accès dans les collectivités.
Efficient			
Il faut mener des efforts soutenus pour réduire le gaspillage, notamment des fournitures, du matériel, du temps, des idées, de la propriété intellectuelle et des renseignements sur la santé.	En Ontario, la durée des hospitalisations en soins actifs est plus courte, le nombre de chirurgies d'un jour plus élevé et les coûts par cas moindres que dans les hôpitaux de la plupart des autres provinces. L'Ontario a mis au point des pratiques efficaces fondées sur la recherche qui font une utilisation plus judicieuse des ressources, par exemple les règles d'Ottawa concernant l'utilisation des radiographies en cas de blessures à la cheville et au genou.	Dans les hôpitaux ontariens, près de 10 % des places en soins actifs sont occupées par des patients en attente d'être déplacés vers d'autres services. Il s'agit là d'une utilisation inefficace de notre service de santé le plus dispendieux. Il y a lieu de croire que des ressources sont gaspillées en raison d'un manque de connaissances ou de l'absence de pratiques exemplaires démontrées.	Les ententes relatives à la reddition des comptes conclues entre les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les fournisseurs de soins de santé visent à responsabiliser l'utilisation des ressources en santé.

Mise à jour sur la qualité du réseau public de la santé en Ontario

Attributs : La population ontarienne souhaite que le réseau de la santé soit –	Signes d'amélioration	Besoin manifeste	Perspectives d'avenir
Équitable			
Il faut mener des efforts soutenus pour atténuer les disparités quant à la santé des groupes désavantagés en raison de leur statut social ou économique, de leur âge, de leur sexe, de leur origine ethnique, de l'endroit où ils habitent ou de leur langue.	Notre rapport contient des solutions destinées à atténuer certaines disparités en Ontario. Parmi celles-ci figurent le recours à la télésanté pour briser l'isolement géographique et faciliter l'accès aux soins de santé par les Premières nations et la mise au point de programmes ciblant les communautés linguistiques et culturelles.	Le taux de décès à la suite d'un accident vasculaire cérébral est de plus de 30 % plus élevé à Kingston que dans la région de York, alors même que la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux Ontario tente de standardiser les soins. On trouve plus de 50 % de médecins non spécialistes par personne à Toronto que dans les régions de York et Durham affichant une forte croissance. Des recherches ont avancé que certains groupes de population, en particulier les démunis, les immigrants, les personnes en région rurale et les autochtones ont plus de difficulté à obtenir des soins de santé.	Chaque réseau local d'intégration des services de santé devra produire des données sur le rendement. Celles-ci serviront à évaluer l'équité de l'accès dans les régions.
Intégré			
Pour tous les fournisseurs de soins de santé, le réseau de la santé doit établir des objectifs clairs en matière de qualité. Ces objectifs doivent refléter ceux en vigueur dans la province, dans la région et dans la localité. Chaque organisme qui offre des services de santé doit faire le suivi de ces objectifs dans une optique de reddition des comptes.		Les patients ne peuvent pas toujours être déplacés facilement et rapidement lorsque le type de soins dont ils ont besoin change Bon nombre d'entre eux doivent attendre à l'hôpital jusqu'à ce que le service requis (soins à domicile, soins de longue durée ou réadaptation) devienne accessible.	Les réseaux locaux d'intégration des services de santé sont responsables de la planification, de l'intégration et du financement des services de santé locaux dans quatorze régions de la province. Ils superviseront et coordonneront les services de santé fournis dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, les services communautaires de soutien et les organismes en santé mentale. Ultérieurement, ils procureront des fonds et des ressources aux fournisseurs locaux de soins de santé.
Adéquatement nanti			
Le système de santé doit prévoir former adéquatement ses effectifs, offrir un milieu de travail sécuritaire et gratifiant et un nombre suffisant d'installations, d'instruments et d'outils technologiques pour assurer la productivité et l'efficacité des soins.	En comparaison des autres provinces, le personnel soignant du réseau ontarien s'absente relativement peu souvent du travail pour des raisons de santé ou d'incapacité. On a augmenté la capacité de former des médecins, du personnel infirmier, des sages-femmes et des pharmaciens et d'évaluer les professionnels de la santé formés outremer. Le gouvernement s'est engagé à augmenter encore plus ce nombre d'ici 2009-2010.	Le personnel soignant du réseau de la santé ontarien s'absente 50 % plus souvent pour des raisons de santé ou d'incapacité que dans les autres secteurs d'emploi. Bien que les effectifs en santé aient augmenté en Ontario, leur nombre est insuffisant par rapport à la croissance de la demande pour des services de santé offerts à une population croissante et vieillissante. Le vieillissement de la population a pour effet d'accroître la demande pour des services de santé et le nombre de professionnels de la santé à la retraite. Cette situation menace la capacité du système de santé. La répartition géographique constitue aussi un problème.	Un haut fonctionnaire responsable des ressources humaines dans le réseau de la santé a été nommé pour un mandat de deux ans ayant débuté en septembre 2005. Il relève à la fois du ministère de la Santé et du ministère de la Formation et des Collèges et Universités. Le rapport de 2007 du Conseil ontarien de la qualité des services de santé rendra compte des progrès réalisés.

Mise à jour sur la qualité du réseau public de la santé en Ontario

Attributs : La population ontarienne souhaite que le réseau de la santé soit –	Signes d'amélioration	Besoin manifeste	Perspectives d'avenir
Focalisé sur la santé de la population Il faut résolument s'efforcer d'améliorer la santé en général de la population ontarienne.	L'espérance de vie des Ontariens et des Ontariennes est en hausse. Parmi les réussites en matière de santé de la population, citons la baisse du nombre de fumeurs et de conducteurs avec facultés affaiblies ainsi que l'utilisation plus fréquente de la ceinture de sécurité et du casque de bicyclette chez les enfants. Les chiffres sur le programme universel de vaccination contre la grippe indiquent que les personnes âgées, qui risquent le plus de souffrir des complications de la grippe, se font vacciner.	Certains aspects de la santé de la population sont moins prometteurs. Par exemple, plus d'hommes jeunes sont obèses. Des études américaines récentes ont émis l'hypothèse que l'impact de l'obésité serait si important qu'il pourrait faire reculer l'espérance de vie. Le taux de maladies transmises sexuellement est aussi à la hausse.	L'établissement d'un ministère de la Promotion de la santé vise à accroître l'intérêt et les actions favorisant la promotion de la santé de la population.

Pour favoriser tous les attributs d'un système de santé ultra performant en Ontario —

La cybersanté est indispensable La cybersanté est un modèle de santé centré sur le client. Elle fait intervenir une collaboration entre les intervenants et l'utilisation de technologies de l'information pour gérer la santé, pour coordonner, fournir et prendre la responsabilité des soins de santé et pour gérer le réseau de la santé.	Divers projets sont en cours à l'échelle régionale et provinciale, parmi lesquels figurent le Système d'information de laboratoire de l'Ontario, des systèmes d'information pour la santé publique, l'accès par les services des urgences aux ordonnances des patients, le Système d'information sur les temps d'attente, un système régional d'imagerie diagnostique dans la vallée de la Thames et un dossier électronique sur la santé des enfants. La plupart des associations hospitalières de l'Ontario ont mis en place des plans stratégiques pour informatiser les dossiers des patients dans l'intention d'améliorer leurs systèmes d'information clinique. L'état de la cybersanté est relativement avancé en Ontario et l'on en consolide la gouvernance et le financement.	La mise en place le plus tôt possible de dossiers informatisés est l'étape la plus importante sur la voie d'un environnement de gestion de la santé marqué au sceau de la compétence. Sans cette étape, l'Ontario sera incapable d'appuyer entièrement une démarche continue d'amélioration de la qualité. L'Ontario n'a pas encore suffisamment ni assez rapidement centré ses efforts sur la cybersanté. En outre, l'absence de plan clair, de mesures de gouvernance adéquates et de fonds nécessaires pose problème. La mise en place de dossiers électroniques sur les patients pourrait s'accélérer substantiellement grâce à un mandat plus solide de la part de l'Inforoute Santé du Canada, organisme national créé à l'occasion d'une entente conclue par les premiers ministres en septembre 2000. Cette entente fait appel à la collaboration de tous les partenaires dans le but de bâtir une infrastructure pancanadienne de la santé qui améliorera la qualité, facilitera l'accès et réduira le temps d'attente aux soins de santé pour la population canadienne.	L'Ontario participe à la mise en œuvre, à l'échelle nationale, d'outils de cybersanté, notamment de dossiers électroniques des patients. Il a aussi commandé récemment un examen opérationnel de son Agence des systèmes intelligents pour la santé. Les hôpitaux ontariens se préparent davantage à se servir de dossiers électroniques; certains hôpitaux universitaires sont maintenant prêts à les utiliser. Le travail de l'Équipe des résultats dans le domaine de la santé pour la gestion de l'information du ministère de la Santé et des Soins de longue durée porte sur la production de meilleures données dans l'intention de favoriser la reddition des comptes et l'amélioration de la qualité grâce à des indicateurs de performance, et de faciliter la prise de décision fondée sur les faits.

1.0 Introduction

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé est un organisme indépendant créé en vertu de la Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé. Son mandat est le suivant :

- informer la population ontarienne sur l'état de son système de santé public, et notamment établir si les Ontariennes et les Ontariens ont accès aux services de santé requis en temps opportun, si les professionnels de la santé sont rassemblés en nombre suffisant et selon les proportions adéquates, si l'état de santé général de la population est satisfaisant et si le système a obtenu les résultats escomptés;
- appuyer les efforts visant à poursuivre l'amélioration de la qualité du système.

Ce document constitue le premier rapport réalisé par le Conseil depuis sa création en septembre 2005. Il serait impossible d'aborder dans un seul rapport tous les aspects d'un système aussi complexe. Cependant, au cours des deux prochaines années, nous nous efforcerons d'examiner de manière plus complète la santé et les soins de santé dans la province. Pendant cette période, nous escomptons une amélioration des systèmes provinciaux d'information de santé. Nous pourrons ainsi mesurer plus facilement la qualité des services de santé, rendre compte des résultats et définir des buts stratégiques. Chaque année, nous mettrons également à jour les renseignements des précédents rapports, afin que les Ontariennes et les Ontariens aient une idée claire des progrès réalisés.

La vision du Conseil est d'être —

Un vecteur indépendant et fiable de l'amélioration de la santé et des soins de santé de la population ontarienne.

2.0 Ce que la population ontarienne attend : les attributs d'un système de santé très efficace

La plupart des Ontariennes et des Ontariens savent ce qu'ils veulent et ce qu'ils attendent de leur système de santé public. Le Conseil a consulté un expert afin de connaître le meilleur moyen de formuler ces attentes. Nous pensons que la population ontarienne veut que son système de santé soit :

- **SÉCURITAIRE** — les soins devraient améliorer la santé et le bien-être des clients et non leur porter atteinte.
- **EFFICACE** — les preuves scientifiques les plus solides devraient servir de fondement aux soins pour qu'ils soient les meilleurs et les plus adéquats possibles. Les innovations devraient aussi être fondées sur les données les plus précises, qu'il soit question de nouvelles méthodes de coordination des soins, de prévention, de prestations des services ou d'utilisation des technologies.
- **AXÉ SUR LE PATIENT** — les soins axés sur le patient respectent l'individualité, l'origine ethnique, la dignité, la vie privée et les besoins en information du patient et de ses proches. Cette vision respectueuse doit caractériser l'ensemble du système de santé. Les patients doivent être maîtres de leurs soins. La responsabilité envers les patients et leur famille doit être élevée.
- **ACCESSIBLE** — les patients qui en ont besoin doivent recevoir les soins adéquats dans le cadre le plus approprié. Nous devons poursuivre nos efforts afin de réduire les temps d'attente et les retards.
- **EFFICIENT** — Il faut persévérer dans nos efforts visant à réduire tous les gaspillages, qu'il s'agisse de fournitures, d'équipement, de temps, d'idées, de propriété intellectuelle et de renseignements sur la santé.
- **ÉQUITABLE** — Il faut persévérer dans nos efforts visant à réduire les disparités en matière de santé pour les personnes appartenant à des groupes qui pourraient être désavantagés en raison de leur statut économique et social, de leur âge, de leur genre, de leur origine ethnique, de leur lieu de résidence ou de leur langue.
- **INTÉGRÉ** — le système de santé doit définir des objectifs de qualité clairs pour l'ensemble des prestataires de services de santé. Les objectifs doivent être harmonisés aux échelons provincial, régional et local et chaque organisme de prestation de services doit avoir l'obligation d'en assurer le suivi et de rendre des comptes.
- **DOTÉ DE RESSOURCES SUFFISANTES** — le système de santé doit prévoir des effectifs dûment formés, fournir un environnement de travail sûr et satisfaisant et proposer les infrastructures, les outils et la technologie nécessaires afin de dispenser des soins aux patients de manière productive et efficace.
- **AXÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION** — des efforts soutenus doivent être réalisés pour améliorer continuellement l'état de santé général de la population ontarienne.

Ces attributs seront la base de nos rapports annuels sur le rendement du système de santé provincial. Chaque attribut comprendra un ou plusieurs « indicateurs de rendement » (mesures standard de qualité) que nous utiliserons afin d'établir si nous avons satisfait aux attentes ou si des progrès ont été accomplis d'année en année.

Pour savoir avec certitude si la qualité s'améliore, l'idéal serait de définir des buts pour chaque attribut. De cette manière, la population ontarienne pourrait savoir si le système de santé évolue conformément à ses attentes. La définition de ces buts est un rôle important pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Nous souhaiterions que la population ontarienne réfléchisse à ces caractéristiques. Celles-ci reflètent-elles les qualités qui, selon vous, sont fondamentales pour notre système de soins de santé?

3.0 Indicateurs de rendement

Un bon indicateur

- Peut être mesuré en chiffres.
- Permet de réaliser des mesures avec constance et précision au fil du temps.
- Est accepté en tant que moyen pertinent de mesurer les progrès vers la réalisation d'un but.
- Fonctionne le plus efficacement avec des objectifs définis et des mesures suivies dans le temps, afin de montrer si les attentes sont satisfaites et si des améliorations ont été réalisées.

3.1 Comment pouvons-nous évaluer le rendement de notre système de santé?

Les indicateurs, ou les mesures de qualité, sont essentiels pour l'établissement de rapports de rendement. Les meilleurs indicateurs sont ceux qui reflètent nos attentes. Dans la section précédente, nous avons énuméré les attributs que, selon nous, la population ontarienne veut retrouver dans son système de santé. La présente section propose des exemples d'indicateurs dont nous disposons actuellement, explique pourquoi ils ne conviennent pas aux fins de notre objectif et pourquoi nous manquons de données pour nombre des mesures que nous souhaiterions effectuer dans le domaine de la santé. Le problème le plus important concerne le manque de données cohérentes et de grande qualité. Partout dans le monde, les systèmes de santé se heurtent à la difficulté d'établir des indicateurs de rendement valides[1].

3.2 Que pouvons-nous mesurer dès à présent dans notre système de santé?

Le Conseil a examiné les indicateurs issus de nombreuses sources afin de trouver des mesures pour chacun des neufs attributs. La première « fiche de résultats du système de santé ontarien »[2] élaborée par l'Équipe des résultats dans le domaine de la santé pour la gestion de l'information (ministère de la Santé et des Soins de longue durée) a constitué une source essentielle. D'autres groupes, comme Action Cancer Ontario et le Réseau ontarien de soins cardiaques, ont également mis au point des indicateurs et publié des résultats sur leur rendement[3,4].

L'ensemble d'indicateurs initial du Conseil est présenté au Tableau 1. Il ne s'agit pas nécessairement des indicateurs qui doivent toujours être employés mais, en raison des limites importantes quant à notre capacité à mesurer le rendement, décrites plus loin dans cette section, ils constituent notre point de départ.

1 Les Canadiens en santé - Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002, Santé Canada, 2002; Organisation mondiale de la Santé, « Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – pour un système de santé plus performant », juin 2000; NHPC 2000, « Measuring Performance in the Australian Health System: Towards a National Performance Assessment Framework ». Brisbane : Queensland Health; ministère de la Santé du Royaume-Uni 1999, « Performance Assessment Framework », Londres, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, « The Ontario Health System Scorecard », janvier 2006.

2 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, « The Ontario Health System Scorecard », janvier 2006.

3 Action Cancer Ontario, « Cancer System Quality Index », 2005, Toronto.

4 Réseau de soins cardiaques de l'Ontario, « Cardiac Procedure Statistics », février 2006, Toronto.

Tableau 1 – Indicateurs pour mesurer les attributs

Attributs d'un système très efficace	Indicateurs de rendement que nous pouvons mesurer dès à présent	Ce que nous souhaiterions mesurer
Sécuritaire	• Nombre de patients victimes d'une fracture pendant leur hospitalisation. • Pourcentage de patients des hôpitaux pour malades chroniques qui développent des escarres.	• Nombre de décès ou de blessures résultant d'erreurs médicales qui auraient pu être évitées.
Efficace	• Pourcentage de patients chez qui l'on vient de diagnostiquer un diabète et qui bénéficient d'un examen ophtalmologique dans l'année. • Taux de survie à 30 jours après une crise cardiaque. • Taux de survie à cinq ans après un cancer.	• Pourcentage de patients des établissements de soins de santé qui reçoivent des soins conformément aux lignes directrices cliniques reconnues.
Axé sur le patient	• Pourcentage de la population qualifiant les services de santé de bons ou d'excellents. • Pourcentage de candidats aux soins de longue durée placés dans l'établissement constituant leur premier choix.	• Pourcentage de patients qui pensent que leurs médecins et fournisseurs de soins de santé leur expliquent les choses d'une manière compréhensible. • Pourcentage de patients qui pensent que leurs médecins et fournisseurs de soins de santé respectent leurs préférences.
Accessible	• Temps d'attente pour le remplacement d'une articulation. • Pourcentage de la population ayant un médecin régulier.	• Les personnes des régions rurales et éloignées ont-elles un accès plus équitable aux soins dont elles ont besoin? • Les patients ont-ils accès à des soins spécialisés lorsqu'ils en ont besoin? Des consultations en dehors des heures ouvrables?
Efficient	• Dépenses de santé du gouvernement provincial pour chaque habitant. • Pourcentage de journées d'hospitalisation pour lesquelles pourrait être fourni un autre niveau de soins dans les hôpitaux ontariens. • Taux d'hospitalisation pour des affections sensibles aux soins ambulatoires.	• Le système de santé de l'Ontario fournit-il une plus vaste gamme de services à un coût inférieur par rapport aux systèmes des autres provinces?
Équitable	• Nombre de décès à l'hôpital après un accident vasculaire cérébral pour chaque région. • Nombre de médecins de soins primaires pour 10 000 habitants dans chaque région.	• Les Ontariennes et les Ontariens à faible revenu reçoivent-ils des soins de santé d'une qualité égale à ceux des personnes aisées? • La satisfaction à l'égard des soins de santé varie-t-elle selon les groupes ethniques ou culturels?
Intégré	• Pourcentage de journées d'hospitalisation pour lesquelles pourrait être fourni un autre niveau de soins dans les hôpitaux ontariens.	• Avec quelle efficacité les fournisseurs de soins de santé de la province travaillent-ils ensemble pour coordonner les soins aux patients?
Doté de ressources suffisantes	• Changement de la dotation en ressources humaines dans le domaine des soins de santé. • Nombre moyen de jours de travail perdus par travailleur de la santé.	• Créons-nous de nouvelles fonctions pour les fournisseurs de soins de santé afin de répondre aux besoins d'une population croissante et en évolution constante? • Gérons-nous la pénurie de travailleurs dans certains types de soins (notamment la santé publique, la santé mentale, les soins à domicile, les soins de longue durée) et dans les collectivités insuffisamment desservies?
Axé sur la santé de la population	• Tabagisme. • Mortalité infantile. • Espérance de vie à l'âge de 65 ans.	• Avec quelle efficacité réduisons-nous les facteurs qui augmentent le risque de contracter une maladie ou de devenir handicapé pour la population ontarienne? • Les politiques générales du gouvernement appuient-elles les efforts visant à améliorer l'état de santé général de la population?

1 Healthy Canadians: A Federal Report on Comparable Health Indicators 2002, Health Canada, 2002; World Health Organization, "The World Health Report 2000 – Health systems: Improving performance", June 2000; NePC 2000, "Measuring Performance in the Australian Health System: Towards a National Performance Assessment Framework," Brisbane: Queensland Health; United Kingdom Department of Health 1999, "Performance Assessment Framework," London; Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, "The Ontario Health System Scorecard," January 2006.

2 Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, "The Ontario Health System Scorecard," January 2006.

3 Cancer Care Ontario, "Cancer System Quality Index," 2005, Toronto.

4 Cardiac Care Network of Ontario, "Cardiac Procedure Statistics," February 2006, Toronto.

3.3 Limites sur ce que nous pouvons mesurer

Il est difficile de trouver des indicateurs qui soient à la fois pertinents, valides et facilement disponibles. Souvent, l'information n'est tout simplement pas collectée ou sa collecte n'est pas constante dans le temps et les établissements, ce qui nous empêche d'établir si le rendement s'est amélioré. Dans d'autres cas, nous ne pouvons pas être certains que les données sont vraiment complètes, comparables ou opportunes. Par exemple, nous savons que les dépenses globales de la province en soins de santé pour chaque habitant se situent légèrement au-dessus de la moyenne nationale mais nous ignorons si ce phénomène est dû à une efficacité moindre du système provincial ou au plus grand nombre de services fournis par celui-ci. Hormis pour les soins hospitaliers, les comparaisons entre les soins de santé des différentes provinces sont difficiles à réaliser (voir l'annexe 5) parce que les renseignements proviennent généralement de dossiers administratifs, et non des données rassemblées lors de la prestation de services. Très peu de renseignements sont systématiquement collectés sur les diagnostics et les traitements.

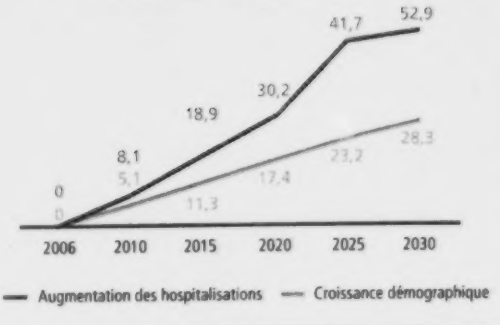
De nombreux indicateurs ne s'appliquent qu'aux hôpitaux de soins actifs[5], parce que ceux-ci disposent d'une vaste (et coûteuse) infrastructure pour la collecte et la transmission des données administratives. D'autres fournisseurs de soins de santé (allant des établissements plus petits aux médecins individuels) n'ont pas l'équipement ou la capacité d'égaler le système de compte rendu hospitalier. En fin de compte, nous aurons besoin d'indicateurs de rendement couvrant tous les secteurs des soins de santé en temps réel, qui constitueraient une sorte de produit secondaire de la prestation de soins.

3.4 Nécessité d'indicateurs et de rapports plus efficaces

Les indicateurs de rendement dont nous disposons aujourd'hui ne sont pas suffisamment efficaces pour une tâche qui deviendra de plus en plus difficile étant donné que l'accroissement et le vieillissement de la population ontarienne exigeront de plus en en plus de services de santé. Le tableau suivant montre une estimation de la croissance démographique provinciale jusqu'en 2030 et l'augmentation prévue du recours aux hôpitaux au cours de la même période. L'augmentation estimée du recours aux hôpitaux (en supposant que les taux de recours restent identiques) dépassera largement la croissance démographique. En encourageant la population à vivre sainement, en soutenant les programmes de prévention des maladies et en améliorant les soins primaires et les soins aux malades chroniques, nous pouvons réduire la demande qui pèse sur les hôpitaux. Cependant, nous avons toujours besoin d'indicateurs pertinents, valides et fiables fondés sur des données opportunes pour s'assurer que l'Ontario aura le système de santé très performant dont sa population aura besoin.

ÉCART ENTRE L'ÉVOLUTION PRÉVUE DE LA POPULATION ONTARIENNE ET LE RECOUS AUX HÔPITAUX DE SOINS ACTIFS ENTRE 2006 ET 2030

(augmentation prévue en %)



Source : Base de données sur les congés des patients de l'ICIS et Projections démographiques pour l'Ontario du ministère des Finances de l'Ontario

Des données et des systèmes efficaces de mesure du rendement nous permettront à tous (y compris les décideurs, les professionnels de la santé, les gestionnaires des services de santé, les patients et les contribuables) d'évaluer et d'améliorer le rendement de notre système de soins de santé.

L'Ontario a également besoin d'une technologie de l'information capable d'appuyer la gestion de l'information sur la santé. Les dossiers médicaux électroniques, qui enregistreraient les données utilisées pour les décisions thérapeutiques, pourraient fournir des données anonymes en temps réel qui amélioreraient considérablement notre capacité à mesurer le rendement du système de santé. Des renseignements fiables en matière de santé devraient être un produit secondaire systématique lié à la prestation de soins plutôt que le fruit d'un coûteux processus additionnel de collecte de données. Ce sujet est développé à la section 8.0.

3.5 Conclusions

Nous ne pouvons pas encore affirmer que le système de santé ontarien présente tous les attributs d'un système très efficace. Il existe des domaines encourageants et d'autres où nous pouvons nous améliorer.

L'annexe du présent rapport comprend un examen détaillé de chaque indicateur du Tableau 1, que nous avons utilisé pour tirer les conclusions présentées au Tableau 2 sur le rendement du système de santé ontarien.

Dans les autres sections du présent rapport, nous espérons vous aider à mieux comprendre certains des problèmes essentiels concernant la qualité du système ontarien de soins de santé, à savoir :

- Rassembler les professionnels de la santé en nombre suffisant et selon les proportions adéquates
- Diffuser l'utilisation des connaissances démontrées et des pratiques exemplaires éprouvées
- Transformer la prestation des services de santé
- Utiliser la cybersanté pour transformer le système de santé ontarien

5 « Rapport sur les hôpitaux de l'Ontario 2005 - Une initiative conjointe de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et du gouvernement de l'Ontario », Université de Toronto, Institut canadien d'information sur la santé, 2005

Tableau 2 – Évaluation du système de santé ontarien

Attributs : la population ontarienne veut que son système de santé soit –	Preuve d'une amélioration du rendement	Preuve de la nécessité d'améliorer le rendement
SÉCURITAIRE – les soins devraient améliorer la santé et le bien-être des clients et non leur porter atteinte.	Les données montrent une diminution constante du nombre de patients qui sont victimes d'une fracture pendant leur séjour dans un hôpital de soins actifs ou qui développent des escarres pendant qu'ils sont dans un hôpital pour malades chroniques (voir l'annexe 1).	Le nombre d'événements indésirables[6] prévisibles doit être ramené à zéro. D'après une étude pancanadienne, il y a probablement eu environ 32 000 événements indésirables prévisibles dans les hôpitaux ontariens en 2004. Malheureusement, nous ne pouvons pas identifier et comptabiliser avec précision ces événements parce que les systèmes d'information sur les soins de santé n'en réalisent pas le suivi continu. Il est donc difficile d'élaborer des solutions pour les réduire ou les éliminer (voir l'annexe 1).
EFFICACE – les preuves scientifiques les plus solides devraient servir de fondement aux soins pour qu'ils soient les meilleurs et les plus adéquats possibles. Les innovations devraient aussi être fondées sur les données les plus précises, qu'il soit question de nouvelles méthodes de coordination des soins, de prévention, de prestation des services ou d'utilisation des technologies.	Le système de santé ontarien parvient à fournir des soins de plus en plus efficaces, plus particulièrement pour les patients atteints d'un cancer ou pour les personnes ayant besoin de soins après une crise cardiaque (voir l'annexe 2).	De nombreuses lignes directrices efficaces permettent d'éviter la détérioration à long terme de la santé mais elles ne sont pas toujours appliquées. La moitié seulement des patients chez qui l'on vient de diagnostiquer un diabète bénéficient des examens ophtalmologiques recommandés par les lignes directrices (voir l'annexe 2).
AXÉ SUR LE PATIENT – les soins axés sur le patient respectent l'individualité, l'origine ethnique, la dignité, la vie privée et les besoins en information du patient et de ses proches. Cette vision respectueuse doit caractériser l'ensemble du système de santé. Les patients doivent être maîtres de leurs soins. La responsabilité envers les patients et leur famille doit être élevée.	D'après les enquêtes, une vaste majorité des Ontariennes et des Ontariens estiment que les soins fournis par notre système de santé sont bons ou excellents (voir l'annexe 3).	Moins de la moitié des patients hospitalisés qui sont transférés dans un établissement de soins de longue durée le sont vers l'établissement qui constitue leur premier choix. Près de 40 pour cent des personnes devant vivre dans une maison de soins de longue durée ne trouvent pas de place dans celle qui constitue leur premier choix (voir l'annexe 3).
ACCESSIBLE – les patients qui en ont besoin doivent recevoir les soins adéquats dans le cadre le plus approprié. Nous devons poursuivre nos efforts afin de réduire les temps d'attente et les retards.		D'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, près d'un million d'Ontariennes et d'Ontariens n'ont pas accès à un médecin de famille régulier. Cette situation peut les empêcher de recevoir les soins préventifs, comme le dépistage ou la vaccination, et rendre plus difficile la consultation de spécialistes (voir l'annexe 4).
EFFICIENT – Il faut persévérer dans nos efforts visant à réduire tous les gaspillages, qu'il s'agisse de fournitures, d'équipement, de temps, d'idées, de propriété intellectuelle et de renseignements sur la santé.	Les hôpitaux ontariens ont des séjours en soins actifs plus courts, utilisent plus souvent la chirurgie ambulatoire et ont des coûts inférieurs par cas traité par rapport aux hôpitaux de la plupart des autres provinces (voir l'annexe 5).	Près de 10 pour cent des lits des hôpitaux ontariens de soins actifs sont occupés par des patients attendant d'accéder à d'autres services. Ceci ne constitue pas une utilisation efficace de notre service de santé le plus onéreux (voir l'annexe 5).
ÉQUITABLE – Il faut persévérer dans nos efforts visant à réduire les disparités en matière de santé pour les personnes appartenant à des groupes qui pourraient être désavantagés en raison de leur statut économique et social, de leur âge, de leur genre, de leur origine ethnique, de leur lieu de résidence ou de leur langue.		Le taux de décès après un accident vasculaire cérébral est supérieur de plus de 30 pour cent pour les personnes vivant dans la région de Kingston que pour les personnes de la région de York, bien que la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux s'efforce de normaliser les soins (voir l'annexe 6). À Toronto, le nombre de médecins non spécialistes par personne est supérieur de plus de 50 pour cent au nombre enregistré pour les régions de York et de Durham, qui connaissent une forte croissance démographique (voir l'annexe 6).
INTÉGRÉ – le système de santé doit définir des objectifs de qualité clairs pour l'ensemble des prestataires de services de santé. Les objectifs doivent être harmonisés aux échelons provincial, régional et local et chaque organisme de prestation de services doit avoir l'obligation d'en assurer le suivi et de rendre des comptes.		Les patients ne peuvent pas toujours se déplacer rapidement et facilement lorsque le type de soins dont ils ont besoin change. De nombreux patients doivent attendre à l'hôpital que d'autres services, comme les soins à domicile, les soins de longue durée ou la réadaptation, soient disponibles (voir l'annexe 7).
DOTÉ DE RESSOURCES SUFFISANTES – le système de santé doit prévoir des effectifs dûment formés, fournir un environnement de travail sûr et satisfaisant et proposer les infrastructures, les outils et la technologie nécessaires afin de dispenser des soins aux patients de manière productive et efficace.	Par rapport à leurs collègues des autres provinces, les travailleurs de la santé de l'Ontario perdent relativement peu de jours de travail en raison de maladies ou d'incapacités (voir l'annexe 8).	Les travailleurs de la santé de l'Ontario sont 50 pour cent plus susceptibles de manquer le travail en raison d'une maladie ou d'une incapacité que les travailleurs des autres secteurs (voir l'annexe 8). Le nombre de travailleurs de la santé de l'Ontario a augmenté mais pas assez rapidement pour répondre à la demande accrue en services de santé émanant d'une population de plus en plus nombreuse et vieillissante (voir l'annexe 8).
AXÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION – des efforts soutenus doivent être réalisés pour améliorer continuellement l'état de santé général de la population ontarienne.	L'espérance de vie de la population ontarienne est en augmentation. Les réussites en ce qui concerne la santé de la population incluent notamment une diminution du taux de tabagisme et de la conduite avec facultés affaiblies ainsi qu'une hausse de l'utilisation de la ceinture de sécurité et des casques de cycliste pour les enfants. D'après les données sur le Programme universel de vaccination antigrippale, les personnes âgées, qui présentent le plus grand risque de complications graves en cas de grippe, se font vacciner (voir l'annexe 9).	Dans certains domaines, l'évolution de la santé de la population n'est pas aussi prometteuse. Ainsi, le nombre de jeunes hommes obèses est en hausse. Des recherches américaines ont récemment indiqué que les répercussions de l'obésité pourraient être graves au point d'inverser la tendance de l'allongement de la durée de vie. Les maladies transmissibles sexuellement sont également en hausse (voir l'annexe 9).

6 « Une blessure ou une complication non intentionnelle attribuable à la dispensation des soins de santé, non à l'état sous-jacent du patient, et qui provoque l'incapacité, le décès ou une hospitalisation prolongée des patients. »

4.0 Comprendre et améliorer l'accès aux soins de santé

ACCESSIBLE: les patients qui en ont besoin doivent recevoir les soins adéquats dans le cadre le plus approprié. Nous devons poursuivre nos efforts afin de réduire les temps d'attente et les retards.

Vicki Fountain, 54 ans, a fait les gros titres des journaux en janvier 2006 mais elle se serait volontiers passée de ce genre de publicité[7]. Il y a trois ans, elle est revenue vivre dans sa région natale de Kingston parce que George, son époux, avait été victime d'une crise cardiaque et avait besoin d'un suivi médical plus étroit que celui qu'il pouvait recevoir à Williams Lake (Colombie-Britannique). Cependant, Mme Fountain a eu du mal à obtenir des soins de santé pour elle-même. Elle a trouvé un médecin de famille mais celui-ci a cessé ses activités en 2004 et depuis lors Mme Fountain n'a pas pu lui trouver un remplaçant régulier.

Vicki Fountain souffre de diverses affections, notamment d'une maladie vasculaire périphérique. Compte tenu de son taux de cholestérol élevé et de ses antécédents médicaux familiaux, elle présente donc un risque élevé d'obturation des artères de ses jambes. Elle se rend souvent dans les services d'urgences mais elle ne peut pas recevoir le suivi et les soins préventifs dont elle a besoin. Cruelle ironie du sort, Vicki recevra des soins immédiats en cas d'obturation d'une des artères de ses jambes mais elle ne peut rien faire pour prévenir cet accident. Pourtant, nombre des services dont elle a besoin pour sa maladie chronique pourraient tout aussi bien, ou même mieux, lui être fournis par un infirmier praticien, une pharmacienne ou un diététiste. L'idéal pour elle serait de pouvoir accéder à une équipe de soins primaires multidisciplinaire.

4.1 L'accès va au-delà de simples listes d'attente

La situation difficile de Mme Fountain illustre l'un des aspects de la frustration qui peut découler des tentatives d'accéder aux soins de santé en Ontario. Les véritables urgences peuvent être traitées immédiatement mais les patients présentant d'autres besoins sanitaires doivent trop souvent attendre une urgence pour être soignés. Il arrive que ces personnes ne puissent pas trouver les soins dont elles ont besoin ou qu'elles ne connaissent pas les services qui pourraient les aider à rester en meilleure santé. Ces services parfois très demandés et les clients doivent attendre longtemps pour recevoir la thérapie ou le traitement qui permettraient d'apaiser réellement leurs souffrances. Il existe cependant une réalité encore plus inquiétante. Certaines Ontariennes et certains Ontariens ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin en raison de ce qu'ils sont. La population autochtone ontarienne présente, en moyenne, davantage de problèmes de santé mais bénéficie d'un accès moindre aux soins. D'autre part, nombre des membres de cette population sont également confrontés à un second obstacle car les personnes vivant dans les régions rurales ou éloignées ont également du mal à obtenir des soins. Toutefois, il a été établi que beaucoup de personnes vivant dans les villes, notamment les immigrants, les personnes non anglophones et les familles à faible revenu, recevaient moins de soins que les groupes présentant des revenus supérieurs. Les médias tendent à décrire l'accès aux soins de santé uniquement en termes de temps d'attente pour les interventions chirurgicales et les traitements contre le cancer mais il existe d'autres obstacles aux soins, et tous sont difficiles à supporter — et sont potentiellement préjudiciables — pour les Ontariennes et les Ontariens.

4.2 À populations spéciales, problèmes d'accès spéciaux

Malgré plus de 30 années de couverture universelle pour les services médicaux et hospitaliers en Ontario, toutes les personnes qui en ont besoin ne bénéficient pas d'un accès égal à ces services.
En Ontario, les victimes de crise cardiaque qui sont plus aisées et mieux instruites sont plus susceptibles de bénéficier d'examens spécialisés, de réadaptation et de suivi par un spécialiste[8]. D'autre part, même si les personnes ayant de plus faibles revenus tendent à être en plus mauvaise santé que les personnes aisées, ces dernières sont également plus susceptibles de recevoir des soins de réadaptation après un accident vasculaire cérébral[9], de bénéficier de soins préventifs comme les tests de dépistage du cancer colono-rectal[10] et de bénéficier de remplacement de la hanche et du genou, de chirurgie du cancer (au total) et d'examens IRM[11].
Les Ontariennes et les Ontariens ayant des revenus plus élevés arrivent plus rapidement à l'hôpital en cas de douleur thoracique[12]. Les Ontariennes et les Ontariens mieux instruits sont plus susceptibles d'être soignés en cas de dépression[13].

De nombreux exemples illustrent l'inégalité de l'accès aux soins. Les femmes reçoivent davantage certains types de soins que les hommes et inversement. Ainsi, les Ontariennes ont 50 pour cent de chances supplémentaires de se voir prescrire un tranquillisant[14]. En revanche, les femmes atteintes d'une cardiopathie sont moins susceptibles de bénéficier de tests diagnostiques et d'une intervention chirurgicale[15].

Les habitants des régions rurales de l'Ontario sont moins susceptibles de recevoir un certain nombre de services, notamment un suivi approprié pour les personnes diabétiques[16] ou des consultations avec un dermatologue pour l'acné[17]. Les habitants du Nord de l'Ontario sont généralement plus souvent malades et reçoivent davantage de services, notamment le remplacement de la hanche et du genou, la chirurgie de la cataracte, les interventions cardiaques, la chirurgie du cancer et les examens IRM; pourtant, ils vivent moins longtemps[18].

7 Lukits A. Health Care Quest. Kingston Whig-Standard. 28 janvier 2006. Complété par des entretiens avec Mme Fountain, 6 février 2006.
8 Alter DA, Iron K, Austin PC, et coll. Socioeconomic status, service patterns, and perceptions of care among survivors of acute myocardial infarction in Canada. Journal of the American Medical Association. 2004;291:1100-1107.
9 Kapral M, Wang H, Mamdani M, et coll. Effect of socioeconomic status on treatment and mortality after stroke. Stroke. 2002; 33: 268-273.
10 Singh S, Paszat L, Li C, et coll. Association of socioeconomic status and receipt of colorectal investigations: a population-based retrospective cohort study. Journal de l'Association médicale canadienne. 2004; 171 (5): 461-465.
11 Tu JV, Pinfold SP, McColgan P, Laupacis A. Access to Health Services in Ontario. Institut de recherche en services de santé. Avril 2005. Disponible à l'adresse : http://www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=67&morg_id=0&gsec_id=0&item_id=2862&type=atlas
12 Govindarajan A, Schull M. Effect of socioeconomic status on pre-hospital transport delays of patients with chest pain. Annals of Emergency Medicine. 2003; 41 (4): 481-490.
13 Rhodes A, Jaakkimainen L, Bondy S, Fung K. Depression and mental health visits to physicians: a prospective, records-based study. Social Science and Medicine. 2006; 62 (4): 828-834.
14 Tu K, Mamdani MM, Hux JE et coll. Progressive trends in the prevalence of benzodiazepine prescribing in older people in Ontario, Canada. Journal of the American Geriatrics Society. 2001;49:1341-1345.
15 Slaughter PM, Bondy SJ. Difference in access to care. Dans : Canadian Cardiovascular Society 2000 Consensus Conference: women and Ischemic Heart Disease. 2000;17(suppl D):63D-67D.
16 Woodward G, vanWalraven C, Hux JE. Utilization and outcomes of HbA1c testing: a population-based study. Journal de l'Association médicale canadienne. 2006;174:327-329.
17 Haider A, Mamdani M, Shaw J, et coll. Socioeconomic status influences care of patients with acne in Ontario, Canada. Journal of the American Academy of Dermatology. 2006; 54 (2): 331-335.
18 Ward A. An Overview of Health Status in Northern Ontario. North Health Information Partnership. Disponible à l'adresse : http://www.healthinformation.on.ca/Reports/Northern%20HIU/2004/Northern%20Health%20Status.pdf (consulté le 02-03-2006).

Les immigrants et les personnes non anglophones sont moins susceptibles de recevoir une série de services, comme les amygdalectomies ou l'insertion d'un aérateur transtympanique, et un certain nombre de publications canadiennes signalent des obstacles à l'accès pour les groupes ethniques non anglophones et les minorités visibles[19,20,21,22]. Il y a peu de données canadiennes disponibles sur l'accès aux soins de santé par groupe racial ou ethnique mais les données américaines sur l'accès par race révèlent un certain nombre de disparités[23]. Certaines recherches menées au Canada et à l'étranger indiquent que les personnes gays, lesbiennes et transgendéristes rencontrent des obstacles pour accéder aux services de soins de santé[24,25].

Ces obstacles à l'accès aux soins s'expliquent par plusieurs raisons. Un rapport de la Commission ontarienne des droits de la personne en a identifié cinq :

- des revenus souvent plus faibles et, parfois, une instruction moins élevée que la population générale;
- une sous-représentation dans les métiers de la santé;
- une mauvaise communication;
- des soins indifférents aux caractéristiques culturelles;
- les décisions cliniques.

L'Ontario réussit à garantir un accès équitable à « la première ligne » des soins de santé, aux médecins de famille et aux services d'urgence. Récemment, une étude menée dans 21 pays riches a montré qu'au Canada, les services d'un médecin de famille semblent être fournis selon les besoins : les Canadiens ayant de faibles revenus, qui sont en moins bonne santé, reçoivent davantage de soins primaires que les Canadiens plus aisés[26]. Cependant, les Canadiens ayant des revenus plus élevés sont plus susceptibles de consulter un spécialiste. Il est nécessaire d'augmenter le nombre de services spécialisés qui seraient aussi accessibles que les soins de santé primaires.

Toutefois, il est important de souligner que les facteurs qui rendent plus difficile l'accès aux soins de santé — comme la pauvreté, le manque d'instruction, l'isolement social — sont également responsables du moins bon état de santé des personnes. Donc, même si elles bénéficiaient d'un accès équitable aux services de soins de santé, les personnes pauvres et moins instruites tendraient à être en moins bonne santé. Un système de soins de santé très performant pourrait éliminer certaines inégalités mais pas toutes.

Certains services de soins de santé tentent de surmonter les facteurs sociaux qui déterminent la santé. Au Regent Park de Toronto (le plus ancien et le plus vaste projet de logements publics du Canada, où les revenus sont inférieurs de plus de 50 pour cent à la moyenne nationale), le Centre de santé communautaire de Regent Park a établi que l'éducation jouait un rôle déterminant pour la santé future des enfants de la région. En 2001, il a lancé un programme éducatif (Pathways to Education) qui a permis de réduire l'absentéisme de plus de 50 pour cent et qui a fait passer la proportion d'élèves en difficulté scolaire de 40 à 14 pour cent, tout en réduisant le taux de décrochage scolaire d'au moins deux tiers. Les enfants du programme peuvent espérer un meilleur avenir social et économique — et donc une meilleure santé.

4.3 Éliminer les obstacles à l'accès aux soins

Les difficultés pour accéder aux soins peuvent apparaître immenses mais la bonne nouvelle est que les organismes de la province parviennent très efficacement à améliorer l'accès aux soins de santé pour les personnes confrontées à certains de ces obstacles. Parfois, c'est la distance, parfois c'est un handicap, une langue ou des facteurs culturels ou historiques. À chaque palier, des groupes et des personnes trouvent des moyens de surmonter ces problèmes. L'accès aux soins de santé mentale était extrêmement difficile pour les personnes sourdes et malentendantes jusqu'à ce que la Société canadienne de l'ouïe en Ontario crée Connect, un service de counseling spécialisé qui compte à présent 34 employés sur 26 sites répartis dans la province.

À Ottawa, le Centre de santé communautaire Somerset West propose des soins infirmiers itinérants aux minorités linguistiques. Huy Truong, l'une des infirmières itinérantes vietnamiennes, a expliqué comment un cours de formation sur le diabète dispensé en vietnamien avait aidé une femme âgée à opérer des changements spectaculaires dans sa vie. À présent, la glycémie de cette femme est normale et elle n'a plus besoin de canne pour se déplacer — elle fait même de la natation et suit des cours de tai-chi. Il ne s'agit que de l'un des nombreux programmes de cette province qui viennent en aide aux personnes isolées par leur langue ou leur culture. Plusieurs centaines de Mennonites parlant le bas-allemand ont immigré de l'Amérique latine vers le Canada au cours des 15 dernières années et se sont installés près de Woolwich, dans le Sud de l'Ontario. Désormais, le programme Gesundheit Für Kinder aide les femmes à gérer leur grossesse et la santé de leur enfant et leur propose d'autres renseignements sur les régimes alimentaires sains et le développement de l'enfant. Des soins préventifs, une consultation sur l'allaitement naturel, une infirmière praticienne et un diététiste sont disponibles. Comme le programme répond parfaitement aux besoins des femmes, il est très populaire et déborde véritablement de demandes.

Le service le plus essentiel qui puisse être proposé aux immigrants est la traduction. La mauvaise communication, résultant de différences linguistiques et culturelles, est fréquente lorsque les immigrants consultent un prestataire de soins de santé. Elle peut conduire à des diagnostics imparfaits et à des traitements inappropriés, ainsi qu'à un gaspillage des ressources du système de santé. L'Access Alliance Multicultural Community Health Centre de Toronto propose des services d'interprétation dans 60 langues pour ses patients et ses fournisseurs de soins de santé et de services sociaux dans toute la ville. Des services similaires sont également disponibles en dehors de la ville; la Thunder Bay Multicultural Association propose des services dans plus de 40 langues.

19. Halvani S. L'inégalité raciale dans l'accès aux services de soins de santé. Un article réalisé pour la Commission ontarienne des droits de la personne. 2002. Disponible à l'adresse : http://www.ohrc.on.ca/french/consultations/race-policy-dialogue-paper-sh.shtml (consulté le 26-02-2006).
20. Kafele K. La discrimination raciale et la santé mentale : les communautés racialisées et autochtones. Un article réalisé pour la Commission ontarienne des droits de la personne. 2002. Disponible à l'adresse : http://www.ohrc.on.ca/french/consultations/race-policy-dialogue-paper-kk.shtml (consulté le 26-02-2006).
21. Croxford R, Friedberg J, Coyte P. Socioeconomic status and surgery in children: myringotomies and tonsillectomies in Ontario, Canada, 1996-2000. Acta Paediatrica. 2004; 93 (9): 1245-1250.
22. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Bowen S. Polycopié de Santé Canada. Novembre 2001. Disponible à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2001-lang-access/index_f.html (consulté le 10-01-2005).
23. Lurie N. Health disparities – less talk, more action. New England Journal of Medicine. 2005; 353:727-729.
24. Brotman S, Ryan B, Jalbert Y, et coll. The impact of coming out on health and health care access: the experiences of gay, lesbian, bisexual, and two spirit people. Journal of Health and Social Policy. 2002;15:1-29.
25. Bowen DJ, Bradford JB, Powers D, et coll. Comparing women of differing sexual orientations using population-based sampling. Women and Health. 2004;40:19-34.
26. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X, et coll. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. Journal de l'Association médicale canadienne. 2006;174:177-183.

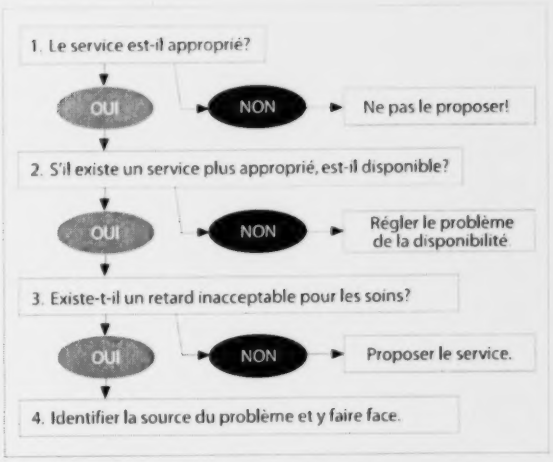
Les Ontariennes et les Ontariens des collectivités rurales isolées et des collectivités du Nord doivent faire face à des voyages onéreux pour recevoir des soins. Souvent, ces personnes et les proches qui les accompagnent perdent également un revenu en étant absents du travail. Le Réseau de télécommunication de santé à distance du Nord de l'Ontario (NORTH) est l'un des plus grands fournisseurs de services de télésanté du monde. La technologie — généralement un système de vidéoconférence et un équipement permettant de transférer différents types de données sur la santé — équipe 111 collectivités et fournit 1 800 consultations par mois sans que les patients soient contraints de parcourir de longues distances.

Les Autochtones cumulent souvent les obstacles. La plupart vivent dans des collectivités rurales ou éloignées; d'autres vivent en ville mais sont isolés en raison de leur culture. Beaucoup trop manquent d'instruction et vivent dans la pauvreté. La Stratégie ontarienne de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones a considérablement étendu l'accès aux soins pour les Premières nations. Le Mamaweswen North Shore Tribal Council dirige à présent huit centres de santé. Gloria Daybutch, directrice des services de santé, raconte l'histoire d'une vieille femme qui avait survécu à un séjour en pensionnat. Elle n'avait pas subi d'examen médical depuis des années mais après avoir appris à connaître l'infirmière praticienne du centre, elle lui a confié qu'elle souffrait de saignements vaginaux. Après de plus amples examens et un aiguillage, il s'est avéré que cette femme souffrait d'un cancer de l'utérus — mais celui-ci avait été décelé suffisamment tôt pour pouvoir être guéri et, cinq ans plus tard, cette femme est toujours en vie et contribue à sa collectivité.

Les expériences de Toronto et d'Ottawa ont contribué à amener les soins de santé à un autre groupe isolé — les sans-abri alcooliques. La Seaton House de Toronto en 1996, suivie par le Projet de santé urbaine d'Ottawa (un consortium de refuges) ont commencé à donner de l'alcool (un verre par heure) à leurs sans-abri alcooliques afin de rendre les programmes de santé plus acceptables à leurs yeux. Le principe sous-jacent de cette stratégie de « réduction des préjudices » est que les soins de santé et les refuges offrent des avantages qui surpassent les méfaits de l'alcool. Wendy Muckle, directrice du projet d'Ottawa, se souvient d'un client qui, au cours du mois précédant sa participation au programme, avait été admis 30 fois aux urgences et avait effectué de multiples visites dans les centres de santé communautaire. Après avoir été autorisé à consommer de l'alcool dans le refuge et y avoir reçu des soins de santé, il a cessé de recourir aux autres services. Une évaluation préliminaire a traduit l'incidence du programme[27]. En moyenne, pour les participants au programme, les visites dans les services d'urgences ont diminué de 40 pour cent, les contacts avec la police ont été réduits de moitié et la consommation d'alcool a chuté de 81 pour cent.

4.4 Comprendre et améliorer l'accès aux services de santé

Les affirmations des médias indiquant que certaines personnes ont des difficultés à accéder en temps voulu aux services de santé déclenchent généralement un appel à une augmentation du financement du système de santé. Or, ce n'est pas toujours la meilleure solution au problème. Nous devons réfléchir davantage au caractère approprié des soins — en d'autres termes, savoir si ceux-ci profitent véritablement aux patients. Il faut donc poser les questions suivantes :



4.5 Identifier et éliminer les services inappropriés

Si de nombreux services de santé ne sont d'aucune aide pour les patients, d'autres leur sont véritablement préjudiciables. Le docteur Charles Wright et ses collègues de l'Université de Colombie-Britannique ont examiné six types d'intervention chirurgicale non urgente et conclu que 94 pour cent des patients ayant subi un remplacement de la hanche se portaient mieux après l'intervention, 4 pour cent n'avaient vu aucun changement et 2 pour cent avaient vu leur état s'aggraver. Mais seulement 70 pour cent des patients ayant subi une chirurgie de la cataracte ont vu leur état s'améliorer, pour 26 pour cent de ces patients, la vision était pire après l'intervention[28]. Apparemment, la plupart des patients ayant subi un remplacement de la hanche recevaient des soins appropriés, ce qui n'était pas le cas de nombreux patients opérés de la cataracte. Il n'existe aucune évaluation systématique de ce genre en Ontario et nous ne connaissons donc pas la situation dans la province. Cependant, nous savons que personne ne devrait être exposé aux effets secondaires de soins de santé inefficaces. Même d'inoffensives analyses de sang peuvent être imparfaites et conduire à des tests plus dangereux ou même à une intervention chirurgicale. Il est tout à fait clair que des soins qui n'apporteront aucune amélioration à la santé ne doivent pas être proposés.

4.6 Réduire la demande grâce à des services plus appropriés

Ce document a commencé par souligner les responsabilités de chacun envers le système de soins de santé en Ontario. L'un des moyens d'agir est de prendre en main notre propre santé. Les personnes en bonne santé doivent recourir moins souvent au système — ce qui les met à l'abri des soins inappropriés et libère les services pour ceux qui en ont besoin. Cependant, la plupart d'entre nous ont besoin d'un soutien pour rester en bonne santé et beaucoup de personnes ont certes besoin de soins pour éviter une aggravation de leur maladie. De nombreux programmes sont créés afin d'aider la population à adopter un mode de vie plus sain ou de maintenir les personnes atteintes d'une maladie chronique en aussi bonne santé que possible.

27. Podymow T, Turnbull J, Coyle D, et coll. Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. Journal de l'Association médicale canadienne. 2006;174:45-49.
28. Wright CT, Wright C, Chambers K, et coll. Evaluation of indications for and outcomes of elective surgery. Journal de l'Association médicale canadienne. 2002;167:461-466.

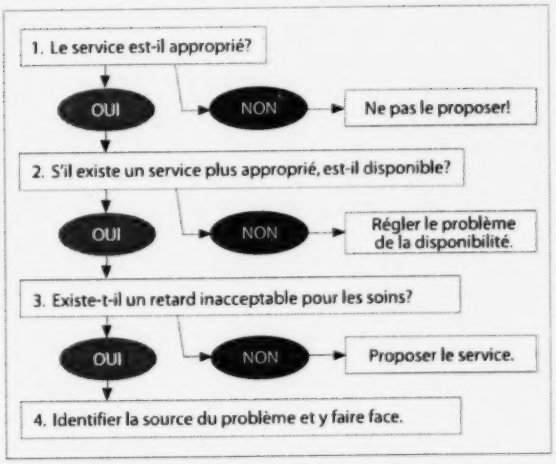
Les Ontariennes et les Ontariens des collectivités rurales isolées et des collectivités du Nord doivent faire face à des voyages onéreux pour recevoir des soins. Souvent, ces personnes et les proches qui les accompagnent perdent également un revenu en étant absents du travail. Le Réseau de télécommunication de santé à distance du Nord de l'Ontario (NORTH) est l'un des plus grands fournisseurs de services de télésanté du monde. La technologie — généralement un système de vidéoconférence et un équipement permettant de transférer différents types de données sur la santé — équipe 111 collectivités et fournit 1 800 consultations par mois sans que les patients soient contraints de parcourir de longues distances.

Les Autochtones cumulent souvent les obstacles. La plupart vivent dans des collectivités rurales ou éloignées; d'autres vivent en ville mais sont isolés en raison de leur culture. Beaucoup trop manquent d'instruction et vivent dans la pauvreté. La Stratégie ontarienne de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones a considérablement étendu l'accès aux soins pour les Premières nations. Le Mamaweswen North Shore Tribal Council dirige à présent huit centres de santé. Gloria Daybutch, directrice des services de santé, raconte l'histoire d'une vieille femme qui avait survécu à un séjour en pensionnat. Elle n'avait pas subi d'examen médical depuis des années mais après avoir appris à connaître l'infirmière praticienne du centre, elle lui a confié qu'elle souffrait de saignements vaginaux. Après de plus amples examens et un aiguillage, il s'est avéré que cette femme souffrait d'un cancer de l'utérus — mais celui-ci avait été décelé suffisamment tôt pour pouvoir être guéri et, cinq ans plus tard, cette femme est toujours en vie et contribue à sa collectivité.

Les expériences de Toronto et d'Ottawa ont contribué à amener les soins de santé à un autre groupe isolé — les sans-abri alcooliques. La Seaton House de Toronto en 1996, suivie par le Projet de santé urbaine d'Ottawa (un consortium de refuges) ont commencé à donner de l'alcool (un verre par heure) à leurs sans-abri alcooliques afin de rendre les programmes de santé plus acceptables à leurs yeux. Le principe sous-jacent de cette stratégie de « réduction des préjudices » est que les soins de santé et les refuges offrent des avantages qui surpassent les méfaits de l'alcool. Wendy Muckle, directrice du projet d'Ottawa, se souvient d'un client qui, au cours du mois précédant sa participation au programme, avait été admis 30 fois aux urgences et avait effectué de multiples visites dans les centres de santé communautaire. Après avoir été autorisé à consommer de l'alcool dans le refuge et y avoir reçu des soins de santé, il a cessé de recourir aux autres services. Une évaluation préliminaire a traduit l'incidence du programme[27]. En moyenne, pour les participants au programme, les visites dans les services d'urgences ont diminué de 40 pour cent, les contacts avec la police ont été réduits de moitié et la consommation d'alcool a chuté de 81 pour cent.

4.4 Comprendre et améliorer l'accès aux services de santé

Les affirmations des médias indiquant que certaines personnes ont des difficultés à accéder en temps voulu aux services de santé déclenchent généralement un appel à une augmentation du financement du système de santé. Or, ce n'est pas toujours la meilleure solution au problème. Nous devons réfléchir davantage au caractère approprié des soins — en d'autres termes, savoir si ceux-ci profitent véritablement aux patients. Il faut donc poser les questions suivantes :



4.5 Identifier et éliminer les services inappropriés

Si de nombreux services de santé ne sont d'aucune aide pour les patients, d'autres leur sont véritablement préjudiciables. Le docteur Charles Wright et ses collègues de l'Université de Colombie-Britannique ont examiné six types d'intervention chirurgicale non urgente et conclu que 94 pour cent des patients ayant subi un remplacement de la hanche se portaient mieux après l'intervention, 4 pour cent n'avaient vu aucun changement et 2 pour cent avaient vu leur état s'aggraver. Mais seulement 70 pour cent des patients ayant subi une chirurgie de la cataracte ont vu leur état s'améliorer; pour 26 pour cent de ces patients, la vision était pire après l'intervention[28]. Apparemment, la plupart des patients ayant subi un remplacement de la hanche recevaient des soins appropriés, ce qui n'était pas le cas de nombreux patients opérés de la cataracte. Il n'existe aucune évaluation systématique de ce genre en Ontario et nous ne connaissons donc pas la situation dans la province. Cependant, nous savons que personne ne devrait être exposé aux effets secondaires de soins de santé inefficaces. Même d'inoffensives analyses de sang peuvent être imparfaites et conduire à des tests plus dangereux ou même à une intervention chirurgicale. Il est tout à fait clair que des soins qui n'apporteront aucune amélioration à la santé ne doivent pas être proposés.

4.6 Réduire la demande grâce à des services plus appropriés

Ce document a commencé par souligner les responsabilités de chacun envers le système de soins de santé en Ontario. L'un des moyens d'agir est de prendre en main notre propre santé. Les personnes en bonne santé doivent recourir moins souvent au système — ce qui les met à l'abri des soins inappropriés et libère les services pour ceux qui en ont besoin. Cependant, la plupart d'entre nous ont besoin d'un soutien pour rester en bonne santé et beaucoup de personnes ont certes besoin de soins pour éviter une aggravation de leur maladie. De nombreux programmes sont créés afin d'aider la population à adopter un mode de vie plus sain ou de maintenir les personnes atteintes d'une maladie chronique en aussi bonne santé que possible.

27 Podymow T, Turnbull J, Coyle D, et coll. Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. Journal de l'Association médicale canadienne. 2006;174:45-49.

28 Wright CJ, Wright G, Chambers K, et coll., Evaluation of indications for and outcomes of elective surgery. Journal de l'Association medicale canadienne. 2002;167:461–466.

Aider les patients pour la prévention et l'autogestion de la santé

Les programmes aidant les patients à gérer leurs propres problèmes de santé chroniques sont de plus en plus nombreux. Les patients apprennent de plus en plus souvent à surveiller leurs symptômes et à adapter leur comportement ou leur médication en conséquence. Les recherches montrent que ces patients se portent mieux et indiquent une diminution des coûts liés aux traitements contre l'arthrite, l'asthme et peut-être d'autres affections[29]. La Société d'arthrite a créé « Prendre en main l'arthrite » afin de renforcer la capacité des patients et des fournisseurs de soins à gérer l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde. Une évaluation préliminaire a montré que les fournisseurs de soins avaient augmenté leur capacité à gérer l'arthrite et que les patients étaient mieux informés sur leur état[30].

Il y a plus de 10 ans, la première nation de Sandy Lake a proposé aux Ojibway-Cris du Nord-Ouest de l'Ontario de participer à la gestion de leur propre diabète. Cet exercice est important pour la prévention et la gestion du diabète de type deux. La collectivité a créé six kilomètres de sentiers de randonnée pédestre, des programmes de loisirs périscolaires pour les enfants, des ligues de ballon balai pour les femmes et de hockey de ruelle pour tous, ainsi qu'un programme de nutrition communautaire. Le diabète reste un problème de santé majeur mais les enfants mangent plus sainement et on constate d'autres signes de redressement[31]. Rod Fiddler, coordonnateur du projet sur le diabète, a expliqué qu'une femme âgée atteinte de diabète avait rejoint le club de marche avec ses deux filles. Toutes trois ont perdu beaucoup de poids et le diabète de la mère est désormais plus facile à contrôler.

Éviter le recours systématique aux services hospitaliers

Nombre des services proposés dans les hôpitaux pourraient être fournis dans la collectivité — généralement avec moins d'inconvénients pour les patients et moins de coûts pour le système — mais les gens continuent à se rendre à l'hôpital parce qu'il n'existe pas de soins équivalents accessibles. Dans un projet pilote, le Centre d'accès aux soins communautaires de London Middlesex a créé l'Advanced Home Care Team, qui réunit le médecin de famille du patient, deux infirmières praticiennes et d'autres services de santé communautaire. Ainsi, une femme de 72 ans atteinte d'une insuffisance cardiaque congestive a pu recevoir un traitement à l'oxygène et par intraveineuse chez elle. D'après une évaluation, le programme coûte de 400 $ à 1 900 $ de moins par patient qu'un traitement à l'hôpital[32].

La dialyse, qui permet de nettoyer le sang de ses impuretés chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale, sauve des vies depuis plus de 60 ans, généralement grâce à trois séances hebdomadaires dans un centre de dialyse. À Toronto, le docteur Robert Uldall a fait office de pionnier en introduisant des procédures de dialyse plus longues et plus lentes. En 1994, le premier patient a été formé afin de réaliser une hémodialyse chez lui six nuits par semaine. Cette procédure ne convient pas à tout le monde mais les patients qui peuvent la suivre se sentent mieux, présentent un risque moins élevé de cardiopathie et n'ont souvent plus besoin de médicaments pour réguler leur pression artérielle[33,34]. La dialyse nocturne est également moins coûteuse[35,36]. Le docteur Andreas Pierratos, du Humber River Regional Hospital, se souvient d'un patient qui souffrait de dépôts calciques sous-cutanés sur tout le corps et qui était si faible qu'il ne pouvait pas mettre ses chaussures. Neuf mois après avoir commencé les séances de dialyse nocturne, les nodules avaient presque tous disparu[37]. À présent, ce patient a repris ses activités d'entraîneur de hockey.

Les patients hospitalisés eux-mêmes profiteraient probablement de l'amélioration des soins dans la collectivité. Une étude menée à Ottawa a conclu qu'une personne âgée sur six était réadmise à l'hôpital dans les 30 jours suivant sa sortie[38]. Le Sault Ste. Marie Group Health Centre essaie d'éviter les situations de ce genre — il s'assure que tous les patients souffrant d'une insuffisance cardiaque congestive bénéficient d'un suivi par des infirmières après leur sortie de l'hôpital et le taux de réadmission de ces patients a diminué de 60 pour cent.

Réduire la demande en soins spécialisés

De nombreux Canadiens sont contraints d'attendre longtemps pour consulter un spécialiste — souvent, ce temps d'attente pourrait être réduit si les médecins de famille recevaient davantage de soutien pour gérer eux-mêmes le cas. Ainsi, de nombreux spécialistes prévoient des rendez-vous d'une heure pour leurs patients alors que, parfois, il suffirait simplement d'une communication téléphonique de cinq minutes entre le médecin de famille et le spécialiste.
Le programme de nutrition et de santé mentale des organisations de services de santé de Hamilton a réduit la demande en soins spécialisés grâce à un renforcement des soins primaires. Dans le domaine de la santé mentale, les équipes de conseillers, médecins de famille et psychiatres ont réduit les aiguillages vers la clinique psychiatrique régionale de 70 pour cent[39] tout en augmentant de 900 pour cent le nombre de patients traités pour des problèmes de santé mentale. Si l'Ontario utilisait un modèle similaire pour toutes les spécialités, cela pourrait réduire, voire éliminer, le temps d'attente pour consulter un spécialiste. La province a déjà commencé à appliquer cette approche de « soins partagés » en créant des équipes de santé familiale au sein desquelles les médecins de famille collaborent avec d'autres fournisseurs de soins, comme les infirmières autorisées ou les infirmières praticiennes, les travailleurs sociaux, les pharmaciens et d'autres professionnels. Ces autres professionnels de la santé complètent les soins dispensés par le médecin mais lui permettent également d'avoir plus de temps à consacrer aux patients qui ont vraiment besoin de lui.

29 J Bodenheimer, K Lorig, H Holman, et coll., Patient self-management of chronic disease in primary care, Journal of the American Medical Association, 2002;288:2469–2475.

30 Glazier RH, Badley EM, Lineker SC, et coll. Getting a Grip on Arthritis: an educational intervention for the diagnosis and treatment of arthritis in primary care. Journal of Rheumatology. 2005;32:137–142.

31 Sarsvig BL, Gittelsohn J, Harris SB, et coll. A pilot school-based healthy eating and physical activity intervention improves diet, food knowledge, and self-efficacy for native Canadian children. Journal of Nutrition. 2005;135:2392–2398.

32 Stewart M, Elliott F, Golding S, et coll. Évaluation d'une organisation d'intégration des services médicaux dans les soins à domicile. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Disponible à l'adresse : http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/stewart_f.pdf (consulté le 27-02-2006).

33 Chan CT, Floras JS, Miller JA, et coll. Regression of left ventricular hypertrophy after conversion to nocturnal hemodialysis. Kidney International. 2002;61:2235–2239.

34 Chan CT, Vipan J, Picton P, et coll. Nocturnal hemodialysis increases arterial baroreflex sensitivity and compliance and normalizes blood pressure of hypertensive patients with end-stage renal disease. Kidney International. 2005;68:338–344.

35 McFarlane PA, Bayoumi AM, Pierratos A, et coll. The quality of life and cost utility of home nocturnal and conventional in-center hemodialysis. Kidney International. 2003;64:1004–1011.

36 McFarlane PA, Pierratos A, Redelmeier DA. Cost savings of home nocturnal versus conventional in-center hemodialysis. Kidney International. 2002;64:2276–2222.

37 Kim SJ, Goldstein M, Szabo T, et coll. Resolution of massive uremic tumoral calcinosis with daily nocturnal home hemodialysis. 2003;41:E12.

38 Forster AJ, Clark HD, Menard A et coll. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. [Erratum dans JAMC. 2 mars 2004;170(5):771]. Journal de l'Association médicale canadienne. 2004;170:345–349.

39 N Kates, A-M Crustolo, S Farrar, et coll., Mental health and nutrition: integrating specialists' services into primary care, Médecin de famille canadien, 2002;48:1898–1905.

Le St. Elizabeth Health Care, l'un des plus grands fournisseurs de soins à domicile de la province, a créé @YourSide Colleague, un programme fondé sur l'Internet qui propose un accès 24 h sur 24 à des experts ainsi qu'un module de formation à l'autogestion des patients et des outils d'apprentissage pour les professionnels. Les prestataires de soins de St. Elizabeth peuvent utiliser cette technologie pour, par exemple, envoyer des photos numériques des blessures à des experts afin d'obtenir des conseils sur la manière de les soigner. St. Elizabeth a testé cette technologie dans 50 collectivités des Premières nations au Manitoba et l'introduit dans toutes les communautés autochtones du Canada.

4.7 Gérer le temps d'attente et les retards dans le système de santé

Le retard est un autre obstacle aux soins. Toutes les attentes ne sont pas inacceptables — selon le docteur Hans Westenberg (Kingston), « le temps d'attente n'est pas toujours aussi dramatique que certains le prétendent. Beaucoup de gens se sentent mieux pendant ce temps d'attente[40] ». D'autres attentes empêchent de prendre des dispositions en cas d'intervention chirurgicale. Souvent, c'est le caractère imprévisible du retard qui pose problème. Les patients prennent parfois des dispositions particulières pour que quelqu'un s'occupe de leur maison et de leur famille lorsqu'ils subissent une intervention chirurgicale. En disposant d'une date précise, ils peuvent mobiliser leur famille et leurs amis; si ce n'est pas le cas, ou si les annulations sont fréquentes, il peut leur être impossible de s'organiser.

Augmentations temporaires

L'attente n'est pas toujours synonyme de pénurie — par exemple, s'il faut attendre pour pouvoir entrer dans une arène de hockey, ce n'est pas parce qu'il n'y aura pas assez de sièges pour tout le monde à l'intérieur. Il y a juste un engorgement à la porte d'entrée. Augmenter le nombre de sièges disponibles ne résoudra pas le problème. Dans le même ordre d'idées, même lorsque la capacité moyenne en soins de santé est suffisante pour répondre à la demande moyenne, une augmentation temporaire de la demande, ou une insuffisance temporaire de la capacité, peuvent conduire à un allongement de l'attente. Pour reprendre notre analogie du hockey, il n'y aurait peut-être pas d'attente si les spectateurs arrivaient en flux constant dans l'heure précédant le début de la rencontre mais l'attente serait plus longue si tout le monde arrivait à l'heure de la rencontre.

Inégalité entre la capacité et la demande

Dans les soins de santé, si un programme peut toujours traiter 10 patients par jour et qu'il y a toujours 10 patients par jour, il n'y aura aucune liste d'attente. Mais si la capacité et la demande tournent autour de 10 patients, en variant de neuf à 11, il peut y avoir neuf créneaux disponibles pour les patients ou inversement. Trop de patients s'entassent sur la liste d'attente mais si neuf patients se présentent lorsque 11 créneaux sont disponibles, deux créneaux sont gaspillés. Nous ne pouvons pas mettre en bouteille le temps de travail assigné à l'unité pour l'utiliser ultérieurement. Les besoins non comblés deviennent une liste d'attente mais la capacité non utilisée est gaspillée et perdue définitivement. Dans cet exemple, il suffit d'un jour par semaine où 11 patients se présentent alors qu'il n'y a de place que pour neuf personnes, pour créer une liste d'attente de 100 personnes en un an. Il est facile de comprendre pourquoi la solution semble requérir davantage que des ressources supplémentaires.

La plupart des gens pensent que la demande en soins de santé varie plus que la capacité parce que la maladie n'est pas prévisible alors qu'en réalité la capacité hospitalière varie davantage, pour diverses raisons. En général, les hôpitaux n'admettent les patients non urgents que du dimanche au jeudi, fournissent moins de services pendant les vacances et, bien que la maladie ne varie pas énormément de jour en jour, les hôpitaux ontariens laissent sortir plus du double de patients le vendredi que le dimanche[41]. Les patients admis le vendredi et le samedi ont généralement attendu le plus longtemps pour un diagnostic et un traitement en urgence; globalement, dans les hôpitaux ontariens, cinq pour cent seulement des procédures urgentes sont réalisées le samedi et le dimanche, bien que ces deux jours représentent près d'un tiers de la semaine[42].

Limites involontaires sur la capacité

Souvent, les fournisseurs de soins ne disposent pas des renseignements dont ils ont besoin pour être plus efficaces. La plupart peuvent retracer la quantité de soins qu'ils dispensent mais pas la demande en soins; ils ne comptent que les rendez-vous, pas les personnes refusées. D'après une étude, une salle de radiologie enregistrait un patient toutes les 30 minutes alors que la durée moyenne d'un examen est de 17 minutes[43]. Cette unité avait une capacité supérieure de 50 pour cent à celle qu'elle pensait avoir. Le système de réservation en chirurgie de Kingston garde la trace du temps que chaque chirurgien consacre aux examens et gère les rendez-vous afin de s'assurer que les salles d'opération fonctionnent à plein rendement, sans être surutilisées.

L'incapacité d'utiliser au mieux les soins assurés par les patients et leur famille

Comme les patients et leur famille assurent une grande partie des soins de santé, plus particulièrement après une intervention chirurgicale, ils influencent souvent la durée de l'hospitalisation, la nécessité de services de soins à domicile et la réhospitalisation éventuelle du patient. Trop souvent, une opération est annulée à la dernière minute alors qu'une personne a pris congé afin de s'occuper d'un parent hospitalisé et de l'aider à son retour. Sans ce soutien, la sortie de l'hôpital peut être retardée et la quantité de services de soins à domicile peut augmenter.

Des listes beaucoup trop longues

Parfois, dans le domaine des soins de santé, il faut faire des choix difficiles — comme lorsqu'il n'y a qu'un seul lit de soins intensifs pour deux patients. Mais, en général, la capacité est suffisante et nous n'en faisons tout simplement pas un usage efficient. Les multiples listes d'attente augmentent la possibilité de longs retards. En Ontario, il existe peu de retard pour la radiothérapie contre le cancer, en partie parce que la capacité de traitement est en hausse mais aussi parce que les patients sont aiguillés vers une clinique de radio-oncologie communautaire plutôt que vers un médecin spécifique. En 2005, le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario a commencé à faire savoir aux médecins et aux patients sur liste d'attente qu'il existait des temps d'attente plus courts ailleurs dans la province. Les patients ont commencé à se diriger vers les centres ayant une liste d'attente moins longue et, dès juillet 2005, 1 440 patients supplémentaires avaient bénéficié d'une intervention cardiaque dans le délai maximal recommandé.

40 Lukits A. A Physician for the Living and the Dead. Kingston Whig-Standard. 28 janvier 2006.
41 Van Walraven C, Bell C. Risk of death or readmission among people discharged from hospital on Fridays. Journal de l'Association médicale canadienne. 2002;166:1672-1673.
42 Bell C, Redelmeier D. Waiting for urgent procedures on the weekend among emergently hospitalized patients. American Journal of Medicine. 2004;117:175-181.
43 Carter M. Evidence for Improvement vs. Evidence for Judgment: Choosing the Appropriate Tools for the Task. Sixième Conférence internationale sur les fondements scientifiques des services de santé. Montréal. 20 septembre 2005.

Liste commune des patients : des soins plus rapides

L'une des tactiques essentielles pour améliorer le flux consiste à placer tous les patients sur une liste d'attente commune — comme dans une file à la banque, plus de personnes peuvent être traitées. Lorsqu'il existe plusieurs files distinctes, certaines avancent plus rapidement que d'autres.

Parfois, certains pensent que l'utilisation d'une liste commune amènera le patient à rencontrer un médecin différent à chaque consultation. Cependant, à partir du moment où un patient a consulté un médecin, celui-ci doit continuer à le traiter, de manière à assurer la continuité des soins.

Certaines personnes souhaitent parfois consulter un médecin précis, lequel peut ne pas être le suivant sur la liste. Si les patients, ou les médecins de famille, préfèrent certains spécialistes, le cas pourrait être pris en charge sans pour autant perturber le flux plus homogène de l'aiguillage centralisé.

Dans la réalité, très peu de patients ou de médecins de famille ont une préférence pour un spécialiste. D'après une étude américaine, les autres médecins estiment que les cardiochirurgiens ayant été formés dans des écoles prestigieuses sont les « meilleurs » de la collectivité même si ceux-ci n'ont pas nécessairement moins de patients qui décèdent[44].

Dans les hôpitaux communautaires, il arrive de plus en plus souvent que les patients soient traités par des « hospitalistes », des médecins de famille ou des spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie qui prennent les patients tour à tour, à mesure qu'ils arrivent. Les études montrent que les hospitalistes permettent de réduire les coûts et d'améliorer les résultats[45,46].

Dans un certain nombre de services chirurgicaux, notamment chez les chirurgiens vasculaires de Kingston, le médecin suivant prend en charge le patient qui arrive. L'exemple le plus fréquent de liste commune concerne l'anesthésiologie, où cette pratique est courante — et concerne un grand nombre de patients et d'interventions, ce médecin peut avoir autant d'influence sur le succès général de l'opération que le chirurgien.

Nous avons à peine commencé à étudier cette question en Ontario. Cependant, des approches manifestement plus flexibles peuvent aider les patients à recevoir des soins plus rapidement.

Service « en temps opportun » ou à « accès amélioré

Un nouveau moyen de gérer l'attente et les retards dans les soins ambulatoires pourrait par exemple être le recours à « l'accès amélioré ». De nombreux médecins de famille ont des délais de quatre semaines ou plus pour les rendez-vous de routine. La capacité du médecin n'est peut-être pas loin de correspondre à la demande mais il répond aujourd'hui à la demande du mois précédent tout en reportant au mois suivant les demandes du jour. Si les médecins pouvaient éliminer leur arriéré, ils pourraient donc théoriquement passer à « l'accès amélioré » ou « en temps opportun ».

Le Centre de santé communautaire de Rexdale dessert 6 000 patients dans une collectivité désavantagée du nord-ouest de Toronto, avec l'équivalent de seulement 1,8 médecin de famille à temps plein. En 2003, les patients devaient attendre de quatre à six semaines pour obtenir un rendez-vous. Le Centre a provisoirement augmenté ses ressources pour effacer son arriéré puis est revenu au même rythme de service en refondant également les services, notamment en donnant un rôle plus important à deux infirmières qui passaient auparavant beaucoup de temps au téléphone avec les patients. À présent, ces infirmières consacrent le plus clair de leur temps à s'occuper de patients souffrant de maladies mineures. Le Grandview Medical Centre de Cambridge et le Centre de santé communautaire Lawrence Heights de Toronto ont également mis en œuvre « l'accès amélioré », qui peut être utilisé pour réduire les retards pour tous les services de santé, qu'il s'agisse de consultations ambulatoires ou de procédures plus complexes.

Améliorer le flux des patients tout au long des soins

La théorie des files d'attente est une branche des mathématiques qui traite des temps d'attente et des retards en améliorant le flux des services. Il y a toujours un stade plus lent que les autres mais la théorie des files d'attente vise à homogénéiser le flux en réduisant autant que possible les variations et en prévoyant les engorgements pour les diriger là où ils peuvent être contrôlés avec le plus d'efficacité. Cette démarche n'est réalisable que lorsque le cheminement à travers les soins peut être visualisé et géré.

La théorie des files d'attente est utilisée régulièrement pour le contrôle de la circulation aérienne, les processus de fabrication et d'autres aspects de la vie quotidienne mais elle a été peu utilisée dans les soins de santé. Nous ne voulons pas suggérer que les patients doivent être traités comme des objets inanimés sur une chaîne de montage; cependant les mêmes techniques sont efficaces.

Lorsqu'il existe de longues files d'attente pour des services liés entre eux, la première étape consiste à cartographier l'ensemble des soins. Parfois, ce processus suggère immédiatement des possibilités de restructuration. Lorsque le personnel du Toronto East General Hospital a examiné le cheminement pour le traitement du cancer du poumon, il a remarqué de longs retards entre la radiographie pulmonaire initiale et le diagnostic final. Les patients attendaient pour obtenir un aiguillage, ils attendaient pour consulter un spécialiste, puis pour subir un tomodensitogramme. Le personnel a réduit les temps d'attente en permettant au radiologue ayant décelé les radiographies suspectes de prendre les rendez-vous pour la consultation avec le spécialiste et pour le tomodensitogramme. Le temps global s'écoulant entre la radiographie suspecte et le diagnostic final de cancer du poumon a chuté pour passer de 128 à 31 jours — soit une diminution de plus de 75 pour cent[47].

44 Hartz AJ, Kuhn EM, Pulido J. Prestige of training programs and experience of bypass surgeons as factors in adjusted patient mortality rates. Medical Care. 1999; 37:93-103.

45 Auerbach AD, Wachter RM, Katz P, et coll. Implementation of a voluntary hospitalist service at a community teaching hospital: Improved clinical efficiency and patient outcomes. Annals of Internal Medicine. 2002;137:859-865.

46 Lemmer PA, Dillard H, Taylor RP. Improved survival with hospitalists in a pediatric intensive care unit. Critical Care Medicine. 2003;31:847-852.

47 Meharchand J, Zeldin R, Fraser I, et coll. Improving access through innovation. Dans : Year 1 Innovation Projects – Quality Improvement Focus. Polycopié de Action Cancer Ontario. 1er février 2006.

La plupart des processus de soins de santé comptent plusieurs étapes, avec des aiguillages du médecin de famille vers des spécialistes, qui demandent des examens et peuvent recommander d'autres traitements dispensés par différents prestataires de soins. Les services à étapes successives de ce genre sont particulièrement minés par les retards, à chaque étape du processus, le patient peut devoir attendre pendant des mois. Cependant, l'accès aux services à étapes successives peut être considérablement amélioré en adoptant une vision globale de l'ensemble du processus. L'Ontario a élaboré une stratégie de gestion des accidents vasculaires cérébraux, qui relie les services de bout en bout, de la prévention à la réadaptation. Ainsi, la population ontarienne dispose du meilleur accès mondial aux médicaments qui détruisent les caillots sanguins — 11 pour cent des Ontariens victimes d'attaque les reçoivent contre trois pour cent aux États-Unis et dans la plupart des autres pays du monde.

Fait intéressant, Tommy Douglas, fondateur du régime d'assurance-maladie, recommandait exactement cette approche pour remédier aux retards des soins il y a 25 ans : « J'ai un excellent médecin et nous sommes bons amis. Un coup d'oeil sur le système nous fait rire tous les deux. Il m'envoie subir des tests chez quelqu'un à l'autre bout de la ville. Je m'y rends et je reviens ensuite. On lui renvoie les rapports qu'il étudie pour m'envoyer ailleurs subir d'autres tests dont les résultats lui reviennent. Il me dit ensuite qu'il serait préférable que je consulte un spécialiste. Avant d'en avoir fini, j'ai passé en un mois six jours à consulter six personnes différentes et six autres jours à me soumettre à six tests différents que j'aurais pu subir dans une seule clinique voisine d'un hôpital ».

Utiliser des pratiques exemplaires éprouvées

Les recherches ont montré que certaines pratiques et procédures cliniques étaient aussi bonnes, voire meilleures, que d'autres tout en mobilisant beaucoup moins de ressources. Voici quelques exemples :

- En 2002, le docteur Tim Whelan et d'autres chercheurs du Regional Cancer Centre de Hamilton ont découvert que 16 séances de radiothérapie en 22 jours étaient aussi efficaces que 25 séances en 35 jours pour les patientes atteintes d'un cancer du sein au premier stade[48]. En 2001, les médecins du Kingston Cancer Centre ont estimé que si tous les établissements de la province utilisaient le protocole de radiothérapie plus court existant dans certaines régions, le nombre de séances requises diminuerait de 12 pour cent[49], ce qui libérerait l'équivalent de 15 appareils de radiothérapie et suffirait à éliminer les listes d'attente dans ce domaine.
- L'incontinence urinaire est un problème épouvantable pour de nombreuses personnes âgées de la province. Elle touche près de la moitié des pensionnaires d'établissements de soins de longue durée. De nombreux patients sont bien trop embarrassés pour demander de l'aide et moins de la moitié des médecins de famille sont à l'aise avec ce sujet ou ont un plan pour y faire face[50]. De 1998 à 2002, l'utilisation de cathéters urinaires dans les établissements de soins chroniques de l'Ontario a augmenté de 20 pour cent. Les cathéters évitent le recours aux langes pour adulte mais comportent des risques, notamment d'infection, et coûtent de 3 000 $ à 10 000 $ de plus par année et par patient. L'équipe de recherche pour le rapport sur les hôpitaux et le Conseil ontarien des services de santé pour les femmes ont utilisé les lignes directrices sur les pratiques exemplaires élaborées par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario pour régler le problème[51]. Au Woodstock General Hospital, près de la moitié des malades chroniques dotés d'un cathéter se sont vu retirer cet appareil et sont devenus continents. Onze patients incontinents sur 13 ayant été admis en réadaptation ont retrouvé le contrôle de leur vessie et ont pu rentrer chez eux. Les autres hôpitaux ont réduit l'utilisation des cathéters de 20 pour cent et le nombre de patients souffrant d'infections urinaires, essentiellement des femmes âgées, a chuté de 83 pour cent.
- L'Ontario est connu dans le monde pour ses règles d'Ottawa concernant l'utilisation de radiographies en cas de blessures à la cheville[52], qui permettent de décider de la nécessité d'une radiographie. Utilisées comme il se doit, ces lignes directrices peuvent réduire le nombre de radiographies de près de 40 pour cent sans que l'on manque un cas de fracture[53]. Cependant, une étude de médecins urgentistes canadiens a montré que moins d'un tiers utilisaient ces règles correctement[54]. Le même groupe a élaboré les règles canadiennes relatives à la colonne cervicale pour les patients souffrant d'une possible fracture du cou et les règles canadiennes sur la tomodensitométrie pour les patients souffrant d'une blessure à la tête[55,56]. Ces outils de décision pourraient également réduire la nécessité de radiographie d'au moins 40 pour cent[57].

De nombreuses autres méthodes ont fait leurs preuves pour réduire le recours inutile aux soins de santé mais, comme le montrera la section 6, la diffusion des connaissances démontrées et des pratiques exemplaires doit faire face à certains obstacles.

4.8 Conclusions

Nous sommes ravis de rendre compte d'un certain nombre de solutions ontariennes qui démontrent comment surmonter les obstacles à l'accès aux soins. Cela nous montre qu'avec de bons outils, des renseignements et des mesures incitatives, les équipes soignantes de la province parviennent à travailler efficacement. Cependant, des obstacles à l'accès subsistent dans toute une série de services de santé et certains groupes de population, particulièrement les personnes pauvres, les immigrants, les habitants des régions rurales et les Autochtones ontariens, sont confrontés à davantage de difficultés pour obtenir les soins dont ils ont besoin. Il est également inquiétant de constater que certaines ressources sont gaspillées en raison d'un manque de connaissances ou de l'incapacité à utiliser les pratiques exemplaires éprouvées.

48 Whelan T, MacKenzie R, Julian J, et coll. Randomized trial of breast irradiation schedules after lumpectomy for women with lymph-node negative breast cancer. Journal of the National Cancer Institute. 2002;94:1143-1150.

49 Dixon P, Mackillop W. Could changes in clinical practice reduce waiting lists for radiotherapy? Journal of Health Services and Research Policy. 2001; 6:70-77.

50 Brown A, Teare GF, Blackstien-Hirsch, et coll. Improving continence care in complex continuing care. Hospital Report Research Collaborative. Novembre 2005. Disponible à l'adresse : www.hospitalreport.ca/IC5.html (consulté le 20-01-2006).

51 L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Promoting Continence using prompted voiding. Disponible à l'adresse : http://www.rnao.org/bestpractices/completed_guidelines/BPG_Guide_C1_Promote_Continence.asp (consulté le 01-02-2006).

52 Stiell IG, Greenberg GH, McKnight RD et coll. Decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries: refinement and prospective validation. Journal of the American Medical Association. 1993;269:1127-1132.

53 Heyworth J. Ottawa ankle rules for the injured ankle. 2003; 326:405-406.

54 Brehaut JC, Stiell IG, Visentin L, et coll. Clinical decision rules in the "real world": how a widely disseminated rule is used in everyday practice. Academic Emergency Medicine. 2005;12:948-957.

55 Stiell IG, Wells GA, Vandemheen KL, et coll. The Canadian C-spine rule for patients with minor head injury. Lancet. 2001; 357:1391-1396.

56 Stiell IG, Wells GA, Vandemheen KL, et coll. The Canadian CT head rule for radiography in alert and stable trauma patients. Journal of the American Medical Association. 2001; 286:1841-1848.

57 Stiell IG, Clement CM, Rowe BH, et coll. Comparison of the Canadian CT head rule and the New Orleans criteria in patients with minor head injury. Journal of the American Medical Association. 2005; 294:1511-1518.

La capacité du système de santé et le fait de savoir si les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin dépendent essentiellement de la disponibilité du nombre suffisant de travailleurs dotés des compétences pertinentes, selon les proportions adéquates, à l'endroit requis. Dans la section suivante, nous aborderons le problème des ressources humaines dans le domaine des soins de santé; puis nous examinerons de nouveau la question des pratiques exemplaires et de leur adoption (ou non-adoption).

5.0 Rassembler les professionnels de la santé en nombre suffisant et selon les proportions adéquates

La population constitue l'essence des soins de santé. Il existe un vaste cadre de médicaments, de machines, d'ordinateurs, d'infrastructures et d'autres ressources mais rien ne pourrait fonctionner sans les êtres humains qui dispensent les soins — travaillant d'abord à la prévention des maladies, s'attachant à diagnostiquer les problèmes, délivrant les traitements requis et soutenant les patients qui en ont besoin. Il y a encore plus de personnes travaillant en coulisses pour assurer les services qui soutiennent ce travail de soins. Les ressources humaines dans le domaine de la santé sont constituées par les médecins, le personnel infirmier, les thérapeutes, les travailleurs sociaux, les pharmaciens, les diététistes et d'autres professionnels de la santé, ainsi que par un large éventail de travailleurs de soutien, de chercheurs, de techniciens et d'administrateurs.

Cependant, pour que le système de soins de santé soit efficient et efficace, il doit disposer du nombre suffisant de travailleurs dotés des compétences pertinentes, selon les proportions adéquates, au moment et à l'endroit requis. Par ailleurs, le potentiel d'amélioration de la qualité du système réside essentiellement dans les compétences, les connaissances et la motivation de cette main-d'œuvre. Mais quel est le nombre adéquat de personnes et la bonne proportion de compétences? Comment pouvons-nous les réunir au bon endroit et au bon moment? Notre province est-elle bien préparée à répondre aux besoins de sa population?

5.1 Une crise imminente et certaines mesures prometteuses

Le plus grand problème auquel est confronté notre système de santé est le vieillissement de la population ontarienne, qui engendrera une augmentation de la demande en services de santé. Or, parallèlement, un très grand nombre de prestataires de soins devraient partir à la retraite; plus d'un tiers des médecins de l'Ontario ont plus de 55 ans et plus de la moitié du personnel infirmier pourrait prendre sa retraite dans les 10 prochaines années[58].

Recruter un nombre suffisant de personnes qualifiées est une tâche difficile en raison des nombreux facteurs qui entrent en jeu :

- Les besoins de la population évoluent.
- Un déséquilibre existe entre le nombre de fournisseurs de soins qui débutent leur activité et ceux qui y mettent fin.
- Il est difficile d'attirer et de conserver des professionnels qualifiés dans certains domaines.
- Les formations en soins de santé peuvent être longues.
- La manière dont les professionnels de la santé veulent exercer est en train de changer.
- La prévention, le dépistage et le traitement connaissent de nombreuses évolutions.
- Le système de santé est parfois rigide, particulièrement en ce qui concerne le financement et la réglementation.
- L'évolution technologique améliore la productivité.
- Toutes les données nécessaires sur les professionnels de la santé (nombre, localisation, âge, genre, activités, etc.) ne sont pas disponibles.

Certaines mesures prometteuses ont été prises :

- Il y a plus d'espaces pour former les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les pharmaciens, et pour évaluer et former les professionnels de la santé ayant un diplôme étranger. La province a promis de poursuivre cette expansion jusqu'en 2009-2010.
- De nouveaux programmes de formation en soins de santé ont été lancés — l'École de médecine du Nord-Ontario à Sudbury et à Thunder Bay, et les programmes communautaires de diplômes infirmiers à Dryden, Fort Frances, Kenora et Sioux Lookout. Leurs diplômés peuvent être plus disposés à travailler dans les régions rurales et dans le Nord de l'Ontario.
- De nouveaux efforts sont déployés pour garder le personnel infirmier dans la profession, notamment en se dotant d'un équipement plus sûr pour réduire l'absentéisme dû aux blessures, en privilégiant les emplois à plein temps plutôt qu'à temps partiel ou occasionnels, et en proposant des programmes de perfectionnement professionnel et de mentorat.
- Un sous-ministre adjoint chargé de la Stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé, qui rend compte au ministère de la Santé et des Soins de longue durée et au ministère de la Formation et des Collèges et Universités, dispose de deux ans pour développer et coordonner des plans pour le système de soins de santé et les programmes de formation nécessaires pour soutenir ce système.

Jeter les fondations du changement : Rapport intermédiaire sur les initiatives en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé en Ontario (décembre 2005) définit un certain nombre d'objectifs pour 2006-2007. Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé surveillera ces initiatives et établira un compte rendu dans son rapport de 2007. Nous poserons les questions suivantes :

- Une stratégie intégrée et détaillée a-t-elle été élaborée pour les ressources humaines dans le domaine de la santé?
- Comprend-elle des plans en faveur des secteurs particulièrement touchés par une pénurie de main-d'œuvre, tels que la santé publique, la santé mentale, les soins à domicile, les soins de longue durée et les services pour les communautés insuffisamment desservies (Autochtones, francophones, populations rurales et isolées et les nouveaux immigrants)?
- La stratégie tient-elle compte de l'évolution des modèles de pratique et de la qualité de vie professionnelle que réclament les praticiens?
- Prévoit-elle le nombre optimal et la proportion pertinente de fournisseurs de soins nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population ontarienne?
- Des bases de données ont-elles été conçues pour surveiller la disponibilité des professionnels de la santé autres que les médecins?
- Le nombre de postes de formation augmente-t-il de manière à répondre aux besoins prévus?
- Les espaces de formation disponibles ont-ils été comblés par des stagiaires/étudiants qualifiés?

58 Jeter les fondations du changement : Rapport intermédiaire sur les initiatives en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé en Ontario (MSSLD, décembre 2005), p. 17.

- L'accès à la profession a-t-il été amélioré pour les professionnels de la santé ayant un diplôme étranger qui cherchent des renseignements et des possibilités d'emploi dans le système de santé ontarien?
- Constate-t-on que les personnes des régions rurales et isolées bénéficient d'un accès plus équitable aux soins nécessaires?
- De nouvelles fonctions sont-elles créées pour les fournisseurs de soins de santé afin de répondre aux besoins d'une population croissante et en évolution?
- Quelles mesures ont été prises pour améliorer la flexibilité, la motivation et la productivité des professionnels de la santé afin qu'ils puissent s'adapter à l'évolution des besoins ainsi qu'aux nouvelles connaissances et technologies et améliorer ainsi la qualité des soins?

5.2 Conclusions

Le nombre de professionnels de la santé a régulièrement augmenté mais pas suffisamment pour suivre la croissance démographique. Cette situation s'aggravera avec le vieillissement de la population et l'augmentation de la demande en services de santé, au moment même où nous prévoyons un grand nombre de départs à la retraite chez les professionnels de la santé. Nous saluons les efforts visant à accroître le nombre de formations pour les professionnels de la santé en Ontario et à améliorer la capacité à évaluer les professionnels diplômés à l'étranger. La nomination en septembre 2005 d'un haut fonctionnaire responsable des ressources humaines dans le domaine de la santé a également été une mesure positive. Notre rapport de 2007 présentera les progrès qui auront été réalisés.

6.0 Diffuser l'utilisation des connaissances démontrées et des pratiques exemplaires éprouvées

Les professionnels qualifiés et les administrateurs du système de soins de santé de l'Ontario sont soutenus par le travail d'excellents chercheurs. Au cours des vingt dernières années, leurs recherches et leurs innovations ont largement contribué à améliorer la qualité des soins de santé. Près de 750 millions de dollars sont investis chaque année dans les 20 hôpitaux et instituts de recherche en santé de l'Ontario. Ces établissements et les universités auxquelles ils sont affiliés réalisent plus de 70 pour cent des recherches universitaires en santé de la province. Ils emploient plus de 10 000 scientifiques, investigateurs cliniciens et autres chercheurs. Pourtant, malgré toutes ces connaissances et ces experts dévoués, un vaste fossé subsiste entre ce que nous savons sur la qualité des soins et les soins que les Ontariens et les Ontariennes reçoivent parfois.

Le problème résulte en partie de la nature des recherches menées. Celles-ci sont essentiellement axées sur la recherche fondamentale, qui vise à comprendre la santé et les maladies, ou sur la recherche translationnelle, qui génère de nouveaux outils de diagnostic et des thérapies novatrices. Seule une faible part de la recherche vise les services de santé, l'étude des méthodes les plus efficaces pour fournir des soins de santé d'excellente qualité ou pour réduire les erreurs médicales et améliorer la sécurité du patient. Encore moins d'efforts sont consacrés au transfert de connaissances, qui vise à collecter des preuves sur la manière d'améliorer les soins dispensés par les professionnels et les gestionnaires ainsi que les politiques du gouvernement. Nous ne menons pas suffisamment de recherches dans ces domaines et nous ne les utilisons pas assez.

La mise en pratique des connaissances est extrêmement difficile. Il fut un temps où nous pensions qu'une meilleure communication suffirait à réduire le fossé entre ce que les chercheurs savaient être les meilleurs soins et la manière dont les patients étaient soignés dans les faits. Aujourd'hui, nous savons qu'il faut davantage que de simples lignes directrices pour faire évoluer les soins de santé conformément aux conclusions des recherches. Nous devons nous concentrer davantage sur le développement de moyens efficaces pour transformer la recherche en connaissances pratiques — particulièrement en encourageant les chercheurs et les fournisseurs de soins à travailler ensemble afin que les innovations utiles soient appliquées plus rapidement et plus directement. Depuis la fin des années 90, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé démontre que l'utilisation des connaissances issues de la recherche est mieux assurée par les partenariats entre les chercheurs et les utilisateurs[59]. Cependant les chercheurs de l'Agency for Healthcare Research and Quality (États-Unis) ajoutent ceci : « Il n'existe pas de remède miracle — les interventions à multiples facettes qui se renforcent mutuellement sont nécessaires pour générer des changements comportementaux et organisationnels »[60]

Pour employer un langage économique, nous avons besoin des éléments suivants :

- une offre qui crée des innovations utiles,
- une demande qui comprend la nécessité de ces innovations, qui est en mesure de les utiliser et qui a des raisons de vouloir le faire;
- des moyens efficaces de communiquer les besoins et les idées entre ces groupes.

Cependant, ces trois éléments ne parviennent pas aussi bien qu'ils le devraient à toujours combiner les connaissances et les pratiques afin d'améliorer la qualité des soins. Les chercheurs se consacrent principalement à publier leurs travaux dans les journaux et à répondre à des questions définies par thème, et non selon les besoins du système de santé. Les fournisseurs de soins prennent de plus en plus conscience de l'importance de la recherche, mais peu d'entre eux ont le temps ou le soutien institutionnel nécessaires pour chercher ce qui a été découvert et le mettre en pratique; il faut posséder des compétences particulières pour acquérir, évaluer et adapter les résultats des recherches afin d'améliorer la qualité des soins.

6.1 Ce qu'il en coûte de ne pas appliquer nos connaissances

Le fait de ne pas appliquer les recherches que nous savons efficaces et pratiques a des conséquences catastrophiques. La section 4 a présenté certaines solutions pour mieux utiliser les ressources en santé, en fournissant des soins conformément aux pratiques exemplaires reconnues. Environ 40 pour cent des radiographies pourraient être évitées grâce aux règles d'Ottawa concernant l'utilisation de radiographies en cas de blessures à la cheville et aux règles canadiennes relatives à la colonne cervicale — qui permettent d'établir la nécessité d'une radiographie. Environ 12 pour cent des séances de radiothérapie pourraient être éliminées pour les patientes qui en sont au premier stade du cancer du sein.

59 Denis, J-L et Lomas, J (2003) « Researcher Decision-maker Partnerships. » Journal of Helath Services Research and Policy. 8 (suppl 2): 1-68

60 Nieva,V. From Science to Service: A Framework for the Transfer of Patient Safety Research into Practice [en ligne]. Extrait le 4 mars 2006 sur www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol2/Nieva.pdf

Le fait de ne pas appliquer les recherches conduit à des résultats médiocres pour les patients. Dans un article publié en 2003 dans le New England Journal of Medicine, Elizabeth McGlynn et ses collègues ont interrogé plusieurs milliers d'adultes dans 12 villes américaines et ont établi que ces personnes n'avaient reçu que 54,9 pour cent des soins recommandés, qu'il s'agisse de soins préventifs ou d'un traitement pour une maladie aiguë ou chronique[61]. Presque la moitié des soins préventifs et des procédures établies scientifiquement pour traiter 30 maladies aiguës ou chroniques n'ont pas été mis en place.

Rien ne donne à penser que les patients canadiens soient mieux lotis. Par exemple, selon l'article de McGlynn, moins de 25 pour cent des diabétiques bénéficient de la surveillance glycémique dont ils ont besoin, alors qu'en Grande-Bretagne une mesure visant à mieux gérer les taux de glycémie a permis de réduire de 25 pour cent les problèmes de flux sanguin (qui, chez les diabétiques, conduisent souvent à l'amputation). D'après les données présentées en annexe de ce rapport, la moitié seulement des diabétiques bénéficient d'un examen ophtalmologique dans l'année suivant le diagnostic, alors que les lignes directrices cliniques préconisent cette procédure afin de prévenir la cécité, qui est une complication du diabète[62].

Il existe beaucoup trop d'exemples comme celui-ci, où des preuves péremptoires et des recommandations claires n'ont pas fait évoluer les pratiques. On sait, par exemple, depuis des dizaines d'années, que les unités multidisciplinaires de traitement des accidents vasculaires cérébraux réduisent la mortalité et les infirmités, permettent aux patients traités de rentrer plus rapidement chez eux et leur procurent une meilleure qualité de vie. Le Centre des sciences de la santé Reine Élizabeth II (Halifax) a ouvert une unité de traitement des accidents vasculaires cérébraux en 1997. La durée de séjour moyenne des victimes d'accident vasculaire cérébral a baissé de deux jours, le taux de thrombose veineuse profonde a diminué de 68 pour cent, tandis que le taux de décès et le taux d'admission dans des établissements de soins de longue durée ont chacun enregistré une diminution de 3 pour cent[63]. Au cours de la même période et avec les mêmes renseignements à leur disposition, 4 pour cent seulement des hôpitaux ontariens ont ouvert des unités de traitement des accidents vasculaires cérébraux. Aujourd'hui en Ontario, il existe toujours des variations du pourcentage de victimes d'accident vasculaire cérébral qui décèdent dans les 30 jours à l'hôpital; si les lignes directrices étaient suivies, les variations devraient être faibles[64]. Cependant, le lancement de la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux en 2000 améliore l'accès aux thérapies éprouvées en la matière.

6.2 Des avantages clairs lorsque la recherche et la pratique sont liées

L'incapacité à adopter des innovations fondées sur des preuves est paradoxale dans la mesure où les avantages de beaucoup d'entre elles sont parfaitement évidents et où elles ont souvent démontré leur efficacité dans d'autres secteurs, comme lorsque John Morey et ses collègues ont utilisé les programmes de gestion des ressources en équipe du secteur aéronautique pour former le personnel des services d'urgence. En effet, le personnel d'urgence et les équipages d'aéronef sont confrontés à des enjeux importants similaires en cas d'erreur. Une formation régulière du personnel d'urgence au travail d'équipe — par exemple, l'apprentissage des stratégies de résolution des problèmes, la communication efficace et la gestion de la charge de travail — a permis de faire chuter le taux d'erreurs cliniques dans les services pilotes de 30,9 pour cent à 4,4 pour cent en moins de 12 mois[65]. Il s'agit d'une amélioration considérable, mais une telle formation n'est pas une règle générale.

Lorsque les personnes faisant de la recherche sont étroitement liées aux personnes qui utilisent ses résultats, les connaissances sont transmises plus rapidement. L'étude internationale d'accouchements du siège à terme, menée par des chercheurs canadiens, a suivi 2 088 femmes sur le point de donner naissance à un bébé mal positionné, afin de constater l'incidence que pouvait avoir une politique d'accouchement par césarienne de tous les bébés se présentant par le siège. Les résultats ont été spectaculaires : les cas de décès et de maladies graves ont été divisés par trois chez les nouveau-nés. Un an plus tard, 92,5 pour cent des hôpitaux de la planète ayant participé à l'étude ont adopté l'accouchement par césarienne pour les enfants se présentant par le siège. Ce fut un revirement remarquablement rapide et absolu[66].

Le R.B.J. Schlegel-University of Waterloo Research Institute for Aging, un partenariat entre les chercheurs universitaires et les collectivités de retraités de Winston Park et d'Oakwood, a compris que le lien entre les chercheurs et les praticiens était essentiel pour obtenir une recherche d'excellente qualité d'une part, et des personnes disposées à en appliquer les résultats d'autre part. Leurs activités sur l'amélioration de la prestation de soins et la qualité de vie des personnes âgées sont réalisées dans un « environnement de recherche concret », où ils développent les connaissances et les traduisent en activités de formation pratiques, accélérant ainsi leur adoption. Les travailleurs de première ligne contribuent à définir les concepts et les besoins pour les projets de recherche, améliorant leur pertinence et leurs chances d'avoir une incidence. La recherche génère des pratiques qui sont immédiatement utilisées et les compétences sont intégrées dans la formation des nouveaux professionnels des soins de santé et dans les programmes de perfectionnement des praticiens en exercice[67].

6.3 Mettre en place des soins de qualité fondés sur la recherche

Il ne suffit pas de compter sur les chercheurs pour faire le lien avec la pratique afin d'améliorer la qualité des soins. Les organismes de soins de santé doivent encourager les chercheurs, les responsables cliniques, les décideurs et les administrateurs à travailler ensemble afin d'utiliser les moyens scientifiques pour obtenir les résultats visés par les incitations administratives, professionnelles et financières. Les organismes qui s'engagent dans cette voie obtiennent des résultats remarquables.

Une enquête récente[68] a évalué la manière dont les hôpitaux ontariens avaient utilisé le volet du rapport annuel sur les hôpitaux consacré à la santé des femmes. Ce volet n'a pas eu la moindre incidence dans un cinquième des organismes et moins de la moitié des organismes ont fait plus que de le lire. Seul un organisme sur cinq a déclaré que le rapport avait eu une incidence sur les soins aux patientes. Si la santé des femmes était inscrite dans les priorités stratégiques des hôpitaux, le rapport était plus susceptible d'avoir une incidence.

61 McGlynn, Elizabeth A., et coll. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. New England Journal of Medicine, 2003; 348:2635-45.
62 Voir le tableau en annexe. Sources des données : Institut canadien d'information sur la santé et déclarations des médecins auprès de l'Assurance-santé de l'Ontario (MSSLD).
63 Phillips, S. et coll. Description and evaluation of an acute stroke unit. JAMC. 2002 16;76(6):655-60.
64 Voir le tableau en annexe. Sources des données : Base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé.
65 Morey, J. et coll. Error Reduction and Performance Improvement in the Emergency Department through Formal Teamwork Training: Evaluation of the MedTeams Project. HSR 37 6:1553-1581.
66 Hogle, K. et coll. Impact of the International Term Breech Trial on Clinical Practice and Concerns: A Survey of Centre Collaborators. JOGC. 2003; janvier: 14-16.
67 RBI Schlegel-UW Research Institute for Aging. Résumé du projet. [feuille d'information] 2005 janvier.
68 Sis ECY, Brown AD. The use of a women's health performance report in Ontario acute care hospitals. Sous presse. (Référence à mettre à jour).

Action Cancer Ontario est un organisme qui applique une approche méthodique pour favoriser la qualité. Cet organisme :

- a diffusé des lignes directrices de traitement standard par le biais de son programme de soins fondés sur les preuves;
- a créé un conseil sur la qualité des services de lutte contre le cancer;
- a mis en place un cadre de responsabilisation mettant la qualité à la charge des responsables cliniques;
- a exigé des rapports trimestriels sur les indicateurs de qualité;
- a versé moins de fonds aux centres qui ne répondaient pas aux normes de traitement.

Il s'agit de fortes incitations au changement. Mais Action Cancer Ontario avait des exemples édifiants qui attestaient de l'efficacité de ces mesures. Les études menées en Ontario dans les années 90 ont indiqué une grande variation dans le nombre de décès suivant une chirurgie du cancer. Concernant l'ablation d'un pancréas cancéreux, le taux de mortalité variait de cinq points de pourcentage. L'intervention est rare et très risquée — et un nombre disproportionné de décès avaient lieu dans les hôpitaux pratiquant très peu cette intervention. Concernant la chirurgie pancréatique, 27 pour cent des hôpitaux ont procédé à des changements en réponse aux lignes directrices[69]. Avant l'étude, 17,8 pour cent seulement des interventions avaient lieu dans des hôpitaux qui en pratiquaient au moins 10 par an. À partir de 2003, 62,3 pour cent des interventions ont été réalisées dans des hôpitaux plus expérimentés et le taux de mortalité à 30 jours est passé de 10,2 à 6,2 pour cent. Il devrait toujours en être ainsi — les chercheurs ont identifié le problème, les administrateurs, les décideurs et les chirurgiens ont collaboré avec eux pour élaborer une solution et la population ontarienne a reçu de meilleurs soins.

Aux États-Unis, le système des soins de santé des anciens combattants a pris l'initiative radicale de faire de la recherche interne et d'en faire un élément essentiel des soins quotidiens[70], associant les chercheurs aux fournisseurs de soins afin de favoriser l'adoption rapide des améliorations dans les soins aux patients. Citons parmi les avantages : entre 1995 et 2000, le nombre d'anciens combattants contrôlés pour le diabète est passé de 51 à 94 pour cent. Parallèlement à ces améliorations importantes dans les soins, l'organisation a réduit ses dépenses de 25 pour cent par patient. Le département américain des anciens combattants consacre 50 millions de dollars américains par an à la seule recherche sur les services de santé.

Les hôpitaux universitaires de l'Ontario ont été les premiers à élaborer des programmes d'amélioration de la qualité. Les comités de promotion de la qualité, souvent dirigés par des médecins principaux dépendant de l'organe directeur de l'hôpital, ont la charge d'initier de nouvelles méthodes pour améliorer les soins. Le Council of Academic Hospitals of Ontario indique que beaucoup de ses membres travaillent ensemble afin de fournir de meilleurs soins. Par exemple, 10 hôpitaux de la région de Toronto ont normalisé les soins postopératoires pour les remplacements de hanche et de genou, utilisant des lignes directrices fondées sur des preuves qui ont été spécialement révisées pour le projet[71].

Beaucoup d'autres organismes de soins de santé disposent de moyens plus modestes pour améliorer la qualité, mais ils peuvent participer aux programmes d'autoévaluation et d'évaluation du Conseil canadien d'agrément des services de santé. En 2004, 195 organismes de santé de l'Ontario, dont 39 établissements de soins actifs, 118 établissements de soins de longue durée, et 23 organismes de soins à domicile ont participé au programme d'autoévaluation[72]. La moitié des organismes, y compris deux tiers des hôpitaux, ont reçu au moins une recommandation pour améliorer la qualité. La plupart de ces recommandations concernaient l'incapacité à élaborer des programmes d'amélioration de la qualité ou à évaluer les processus et les services de manière à améliorer la qualité.

Rick Roger, ancien président du Vancouver Island Health Authority, a répertorié les moyens pour encourager les gestionnaires et les organismes à être plus ouverts aux changements fondés sur des preuves : développer des liens avec les chercheurs, envoyer du personnel pour travailler avec eux, créer des possibilités d'apprentissage, être ouvert à l'examen — et être préparé aux petits inconvénients liés aux processus d'amélioration. Pour aider les responsables des soins de santé dans ce processus, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé propose le programme « Formation en utilisation de la recherche pour cadres qui exercent dans la santé » (FORCES) grâce auquel les gestionnaires de soins de santé découvrent l'importance de la recherche et apprennent à trouver et à utiliser les données[73].

Les gouvernements doivent également s'assurer que les politiques et les fonds permettent l'amélioration. L'Ontario Health Research Alliance a fait savoir au Conseil ontarien de la qualité des services de santé qu'une étude sur les soins à domicile avait révélé qu'une nouvelle méthode pour traiter les ulcères de la jambe engendrait 56 pour cent de cicatrisation après trois mois, contre 23 pour cent pour la méthode traditionnelle. Cependant, le changement obligeait les infirmières à passer plus de temps avec les patients et la province n'a pas augmenté ses subventions aux organismes de soins à domicile. Ce traitement n'a donc pas été adopté partout et les patients ne reçoivent pas les meilleurs soins.

Enfin, nous devons donner aux praticiens, aux gestionnaires et aux administrateurs les moyens de trouver, d'adapter et d'utiliser plus facilement les résultats de la recherche. Les professionnels très occupés ne peuvent pas examiner toutes les études qui pourraient les aider dans leur pratique. Nous devons affecter des ressources à la collecte, au triage et à la diffusion des idées qui amélioreront les pratiques dans la gestion et la prestation des soins de santé. Si des systèmes de dossiers médicaux électroniques et de gestion de l'information étaient en place, les renseignements pertinents pourraient être délivrés exactement là où ils sont nécessaires.

6.4 Conclusions

L'Ontario peut être fier de sa capacité en recherche sur la santé. En 2005, environ un milliard de dollars ont été consacrés à la recherche sur la santé, dont 750 millions de dollars ont été affectés aux travaux des instituts de recherche sur la santé, des hôpitaux d'enseignement et des universités auxquels ils sont affiliés. Les scientifiques et les chercheurs de l'Ontario sont des exemples à suivre.

69. Urbach, D. et coll. Differences in operative mortality between high- and low-volume hospitals in Ontario for 5 major surgical procedures: estimating the number of lives potentially saved through regionalization. JAMC 2003; 168(11) 1409-14 Voir également www.cancercare.on.ca/index_aboutthePEBC.htm
70. Lomas, J. More lessons from Kaiser Permanente and Veterans' Affairs Healthcare system. BMJ 2003;327:1301-02
71. Dr. Jack Kitts, Président du Council of Academic Hospitals of Ontario, Communication personnelle, 2006.
72. Données fournies par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Février 2006.
73. Roger, Rick. A Decision-Maker's Perspective on Lavis and Lomas. Healthcare Policy; 2006 vol. 1, n° 2.

Mais une question subsiste — en fin de compte, quelle proportion de ces investissements dans la recherche débouche sur une amélioration du rendement du système de santé ontarien? Les preuves suggèrent que le système de santé n'exploite pas pleinement tous les avantages découlant des investissements réalisés dans la recherche. De nombreux éléments font obstacle à la mise en pratique des nouvelles connaissances, notamment des politiques qui bloquent involontairement les changements et le simple manque de temps. Nous avons également besoin d'un travail plus coopératif entre les chercheurs et les praticiens, de meilleures méthodes de transfert de connaissances et de mise en pratique de celles-ci, et de systèmes d'information permettant aux prestataires de soins d'accéder aux meilleures connaissances, là où ils se trouvent.

La population ontarienne est en droit d'attendre et de recevoir le meilleur rendement pour ses importants investissements dans la recherche. En 2006, le Conseil a l'intention de lancer un projet de recherche, d'envergure internationale, afin de déterminer les meilleurs moyens d'optimiser le partage et l'utilisation des connaissances.

7.0 Transformer la prestation des services de santé

Le système de santé de l'Ontario est constitué de nombreux éléments, allant des médecins de famille pratiquant dans leur propre cabinet aux cliniques de santé communautaire, en passant par les hôpitaux plus ou moins grands, les soins à domicile, les soins de longue durée, les centres d'accès aux soins communautaires, les centres de réadaptation, les organismes de santé mentale, les bureaux de santé publique et les unités très spécialisées en milieu hospitalier qui dispensent des soins anticancéreux ou cardiaques.

Pour le patient aux prises avec un problème de santé, le défi consiste à localiser chacun des éléments du système, puis à progresser de l'un à l'autre, parfois au prix de longs délais. Une personne malade ou accidentée peut d'abord consulter son médecin de famille ou se rendre à la salle d'urgence, puis être aiguillée vers un spécialiste, ensuite être envoyée à l'hôpital puis transférée à un centre de réadaptation, ou recevoir des soins à domicile, ou encore être placée dans un foyer de soins de longue durée. Si tout cet éventail de ressources n'est pas coordonné, il est difficile d'être certain que les soins appropriés seront dispensés en temps voulu et là où ils sont nécessaires; en revanche, lorsque les ressources sont coordonnées, les soins sont améliorés et les ressources du système de santé sont utilisées à meilleur escient.

À l'automne 2004, l'Ontario a lancé quatre initiatives en vue d'améliorer la coordination et l'intégration des soins au sein du système de santé et d'utiliser les ressources de manière plus efficace :

7.1 Équipes Santé familiale

Les équipes Santé familiale sont conçues pour offrir un accès amélioré aux soins primaires 24 heures sur 24. Chaque équipe propose une gamme complète de services de soins primaires : elle aide les gens à rester en bonne santé, prend en charge ou guérit les maladies et dispense des soins en cas de blessure, offre des services de réadaptation et de soins palliatifs. L'équipe fournit des services cliniques et sert de point de contact pour le patient lorsqu'il s'agit d'obtenir d'autres types de services de santé, afin d'assurer la continuité des soins. Ces équipes sont multidisciplinaires, ce qui permet aux professionnels de la santé de dispenser des soins plus appropriés à un plus grand nombre de personnes. En date de décembre 2005, le ministère avait approuvé la création de 100 équipes Santé familiale et sollicité des propositions en vue d'en constituer encore davantage.

7.2 Réseaux locaux d'intégration des services de santé

Il n'y a pas si longtemps encore, le système de santé de l'Ontario était constitué d'un ensemble d'unités distinctes de prestation de soins. La planification intégrée était pour ainsi dire inexistante. Toutes ces unités n'avaient pratiquement aucun encouragement à collaborer entre elles. Il existe à présent des réseaux locaux d'intégration des services de santé, créés en vue de planifier, d'intégrer et de financer les services de santé locaux dans 14 régions de la province. Ces réseaux sont conçus pour chapeauter, coordonner et financer les services de santé fournis dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, ainsi que par le biais de services de soutien communautaire et d'organismes de santé mentale. Les réseaux déterminent les priorités en matière de santé dans leurs régions, de concert avec les fournisseurs locaux et la communauté elle-même.

Les réseaux d'intégration sont appelés à planifier l'amélioration de la qualité parallèlement aux priorités du ministère et aux décisions de celui-ci en matière de répartition des ressources. Chaque fournisseur de soins dans les communautés dotées d'un réseau conclut avec ce dernier une entente de responsabilisation en vertu de laquelle un rapport est fait chaque année sur son rendement, à partir des données recueillies. Ces rapports devraient révéler dans quelle mesure les réseaux parviennent à mettre au point un système de santé efficace.

7.3 Stratégie en matière de temps d'attente

L'Ontario s'est donné pour objectif de réduire le temps d'attente pour cinq grands services de santé — les interventions chirurgicales en cancérologie, les interventions cardiaques, les opérations de la cataracte, les remplacements de la hanche et du genou, les examens IRM et les tomodensitogrammes — et de rendre ceux-ci plus accessibles. Cette stratégie comporte cinq éléments :

- les hôpitaux doivent désormais rendre compte de la réalisation des objectifs en fonction desquels leurs subventions sont calculées;
- un système d'information à l'échelle provinciale a été créé pour faciliter la gestion et la surveillance des temps d'attente;
- des pratiques exemplaires ont été normalisées et des équipes d'encadrement ont été créées afin d'aider les hôpitaux à utiliser les ressources de manière efficace et efficiente tout en maintenant la qualité et la sécurité;
- l'évolution des patients fait l'objet d'un contrôle;
- les résultats de la stratégie sont publiés sur Internet (http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/wait_timesf/wait_mnf.html).

7.4 Gestion de l'information

Une stratégie de gestion de l'information sert avant tout à recueillir des données plus fiables, à faciliter la responsabilisation et l'amélioration de la qualité en permettant de mesurer le rendement, et à étayer la prise de décisions basées sur les preuves. Pour mettre en place une telle stratégie, l'Ontario doit établir des normes en matière de qualité des données et assurer une meilleure coordination

des données recueillies par les fournisseurs de services de santé. Ces informations doivent être réunies dans une base de connaissances commune et intégrée. Ce processus prendra sans doute longtemps, puisque l'information de santé à l'échelle de la province, déjà insuffisante, se détériore de plus en plus.

7.5 Leadership

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a créé une Équipe des résultats dans le domaine de la santé, dirigée par un sous-ministre associé qui relève du premier ministre et du ministre de la Santé, et chargée de mettre en branle une transformation des soins de santé en Ontario. Le ministère a récemment annoncé un plan en vertu duquel il se métamorphosera afin de se consacrer désormais à soutenir les efforts visant à améliorer la coordination et l'intégration des soins. Une fois sa transformation achevée, le ministère prévoit que son organisation et sa dotation en personnel seront axées sur les objectifs suivants :

- établissement des orientations stratégiques globales et des priorités provinciales pour le système de santé de l'Ontario;
- élaboration des lois, des règlements, des normes, des politiques et des directives nécessaires pour concrétiser ces orientations;
- suivi du rendement du système de santé et de la santé des Ontariennes et des Ontariens, et publication de rapports sur ses constatations;
- prévision et établissement de modèles de financement et des niveaux de subventions pour le système de santé.

Plutôt que de se consacrer comme aujourd'hui à la gestion des programmes, le ministère adopterait dans l'avenir une approche de gestion de portefeuille pour l'ensemble du système de santé. La transformation annoncée fait naître de grands espoirs d'amélioration de la qualité dans la prestation des services de santé, dans les résultats de santé, et dans la santé de la population.

7.6 Conclusions

Le COQSS considère que les changements proposés pourraient avoir pour effet d'intensifier de manière décisive les efforts déjà entrepris pour améliorer continuellement la qualité des soins de santé. Certes, nous sommes conscients de l'ampleur de la transformation qu'il est proposé d'accomplir. Le ministère estime que ce processus exigera environ 30 mois à compléter.

Nous croyons que l'Équipe des résultats dans le domaine de la santé a donné le coup d'envoi à ce changement de cap et que le modèle de gestion pour la stratégie sur les temps d'attente permettrait effectivement d'obtenir des améliorations. Pour que la tendance à l'amélioration de la qualité des soins de santé se confirme, il faudra toutefois que certaines autres conditions soient réunies :

- le processus de transformation ne doit pas dévier de son objectif : parvenir à des résultats bénéfiques relativement à chacun des attributs d'un système de santé très efficace;
- la transformation doit être régie de manière à garantir l'efficacité de l'exécution et de la gestion du changement;
- la continuité et la régularité de la prestation des services de santé doivent être maintenues tout au long du processus de changement;
- les progrès de la transformation doivent être suivis en confrontant les résultats obtenus à chacun des attributs d'un système très efficace, et les résultats de cette confrontation doivent être rendus publics.

Transformer en 30 mois le système provincial de gestion de l'information de santé afin de parvenir à un niveau adéquat de compétence est un défi de taille – mais l'enjeu en vaut la peine. Le chapitre qui suit examine de plus près les progrès déjà réalisés par l'Ontario dans ce domaine.

8.0 La cybersanté, vecteur de transformation du système de santé de l'Ontario

8.1 Qu'est-ce que la cybersanté?

L'Ontario a pris l'engagement de transformer les soins de santé grâce à la cybersanté, terme générique qui englobe un certain nombre de moyens technologiques : dossiers de santé électroniques, systèmes de gestion de l'information de santé, et télésanté (c'est-à-dire la prestation des soins à distance grâce à la technologie). En effet, la santé accuse un important retard sur tous les autres secteurs de l'économie dans l'adoption de la technologie de l'information. Depuis 20 ans, les entreprises et les institutions en tout genre ont tiré un parti extraordinaire des innovations technologiques pour améliorer la qualité, l'efficience et la productivité. L'époque est bien révolue, par exemple, où il fallait se rendre à la banque en personne pour effectuer des transactions sur papier. Le but de la stratégie de cybersanté consiste essentiellement à donner à la modernisation et à l'innovation leur juste place dans la plus grande « industrie » de l'Ontario : notre système de soins de santé.

Les dossiers de santé électroniques sont sécuritaires, protégés et axés sur le patient. L'utilisation de cette technologie de l'information peut permettre d'améliorer les soins. Les dossiers électroniques permettent aux professionnels de la santé autorisés d'avoir accès sur-le-champ aux données sur la santé des patients recueillies pendant toute leur existence (résultats d'analyses de laboratoire et d'examens radiologiques, traitements antérieurs, profil pharmaceutique, immunisations, etc.) tout en protégeant la nature personnelle et le caractère confidentiel de ces renseignements.

Les dossiers électroniques aident les cliniciens à éviter les erreurs dues à une information incomplète, et à éviter de devoir répéter des analyses parce que le résultat des précédentes dort quelque part dans un dossier papier. Ces fichiers permettent de donner accès aux renseignements nécessaires sur un patient au fil de sa progression dans le système de soins. Le moment venu, les patients eux-mêmes devraient avoir accès en ligne et en toute sécurité à leur propre dossier, ce qui leur permettrait de participer de manière plus éclairée à la prise des décisions relatives aux soins qu'ils reçoivent.

Les dossiers de santé électroniques jouent un rôle très important dans la recherche et la planification. Les données qu'ils contiennent peuvent être banalisées et réunies par un système de gestion de l'information de santé afin de dégager des données sur l'ensemble du système qui peuvent servir à améliorer le rendement aux paliers local, régional et provincial. Ces technologies de l'information devraient permettre de réduire les temps d'attente et d'assurer que les Ontariennes et les Ontariens reçoivent les soins les plus appropriés. Elles nous permettront également d'établir des objectifs en matière de rendement, d'assurer le suivi des résultats et de présenter ceux-ci au public, autant d'éléments clés dans l'amélioration continue de la qualité.

8.2 Avantages

L'adoption des dossiers de santé électroniques et d'un système de gestion de l'information devrait donner une impulsion considérable à l'ensemble des efforts d'amélioration de la qualité des soins de santé. Voici quelques-uns des avantages que l'on peut en escompter :

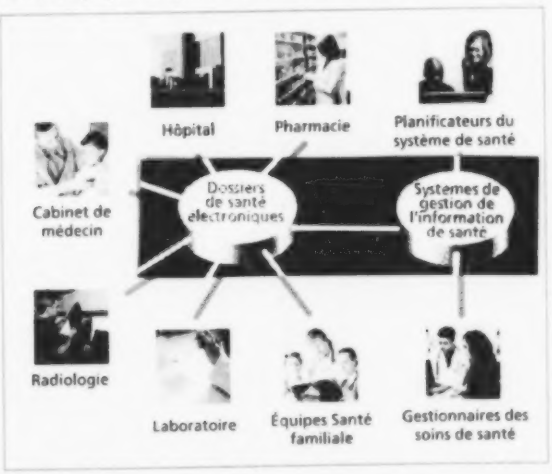
- de meilleures décisions cliniques;
- des diagnostics et des traitements plus efficaces;
- des recherches cliniques et non cliniques plus efficaces;
- une réduction du nombre d'erreurs médicales;
- une amélioration de la sécurité des patients;
- une plus grande efficience;
- un accès amélioré aux services appropriés;
- le suivi et les rapports nécessaires pour soutenir l'amélioration continue de la qualité.

Le COQSS estime que la mesure la plus importante que l'Ontario puisse prendre pour favoriser l'amélioration continue de la qualité consiste à mettre en œuvre sans tarder et à l'échelle de la province des méthodes de tenue électronique des dossiers de la santé et un système de gestion de l'information[74]. Nous sommes d'accord avec d'autres intervenants[75] pour affirmer que la cybersanté peut jouer un rôle de catalyseur stratégique dans la transition à un système de santé très efficace.

Un travail et des investissements considérables ont déjà été engagés dans le secteur de la cybersanté en Ontario, et commencent à porter leurs fruits. La télésanté est bien établie et représente l'une des clés de la réussite future du système de santé, tout particulièrement dans la prise en charge des affections chroniques. Le COQSS estime cependant que l'instauration de la cybersanté en Ontario tarde. Pour en accélérer les progrès, une structure de gestion plus efficace doit être créée, un plan d'ensemble plus clair doit être établi, et un engagement financier suffisant doit être consenti.

8.3 Les progrès de la cybersanté en Ontario

Malgré l'engagement de principe de l'Ontario envers l'adoption des dossiers de santé électroniques, les progrès dans la réalisation de cet objectif sont d'une lenteur inquiétante, alors même que les chercheurs, les universitaires et les organisations cliniques, à presque tous les niveaux du système de soins, au Canada aussi bien qu'à l'étranger, s'entendent sur leur très grande utilité. Le schéma ci-dessous illustre la multiplicité des organismes qui participent aux nombreux projets de cybersanté lancés en Ontario.



Malgré toutes ces activités, le COQSS estime qu'il manque encore un plan clair et une structure de gestion dynamique, unifiée et efficace pour la cybersanté en Ontario. Nous devons poser plusieurs constats inquiétants :

- L'organisme actuellement chargé de chapeauter la cybersanté n'a pas les attributions nécessaires pour orienter efficacement son développement. La preuve : lorsque des chercheurs ont recensé 108 projets et programmes de cybersanté, ils ont constaté qu'ils étaient exécutés par 45 entités différentes et financés par 14 organismes subventionnaires, sans aucun cadre de gestion structurant, sans plan et sans cadre stratégique[76,77].
- Le rôle dévolu aux dossiers de santé électroniques varie énormément d'un hôpital ontarien à l'autre. Inexistants dans certains, ils sont présents à divers degrés dans d'autres. Mais même ceux qui en disposent ne sont pas en mesure d'échanger des données électroniquement avec d'autres organismes[78].
- Au plan national, une minorité seulement de médecins ont la possibilité de tenir électroniquement les dossiers de leurs patients, et même ceux-ci ne s'en prévalent pas tous[79].
- La qualité de l'information de santé en Ontario se détériore en raison de l'incohérence des méthodes de collecte de données et aussi des changements apportés aux modalités de financement et de prestation de certains services cliniques[80].

74. Alvarez, R. C. The promise of eHealth – a Canadian perspective. eHealth International 2002; 1:4. Septembre 2002.
75. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. 2001.
76. Human Services Cluster for Information and Information Management : ministère des Services sociaux et communautaires, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. I & IT Services Review, 2004 (document non publié).
77. HDR Decision Economics Health Quality Council, Research Synthesis Paper 1: Information Management.
78. Sondage de l'Association des hôpitaux de l'Ontario sur les capacités des associations hospitalières de la province en matière de dossiers de santé électroniques et sur leur utilisation par celles-ci.
79. Au plan national, 20,9 % des médecins de famille ont la capacité de tenir des dossiers électroniques et 16,9 % seulement utilisent cette capacité. Cette proportion est sans doute moindre en Ontario. Enquête nationale auprès des médecins 2004. http://www.cfpc.ca/hps/English/pdf/Physicians/Specialists/Specialty/Family_Med/CCFP&Non%25.pdf
80. Improving Health Care Data in Ontario. ICES, janvier 2005.

Efforts déployés pour implanter la cybersanté en Ontario

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a créé divers organismes chargés de développer différents aspects de la cybersanté, y compris le Conseil ontarien de cybersanté, qui a pour mission de coordonner la vision et la stratégie, ainsi qu'un bureau de cybersanté ayant pour mission de mettre au point une stratégie globale. Un sous-ministre adjoint a été chargé de la gestion de l'information de santé.
- L'organisme à but non lucratif Smart Systems for Health, relevant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, a été créé pour fournir au secteur des soins de santé de l'Ontario des produits et services de technologie de l'information.
- Ontario MD représente les intérêts des médecins dans le développement de la cybersanté; cet organisme a lancé une initiative visant à faire adopter des systèmes de gestion de pratique pour les médecins, également appelés dossiers médicaux électroniques.
- Des projets de cybersanté sont en cours de réalisation dans toute la province, y compris la création d'un système d'information sur les laboratoires de l'Ontario; la mise en place de solutions en matière d'information sur la santé publique; l'implantation d'un système permettant d'avoir accès aux profils pharmaceutiques des patients à partir des salles d'urgence; la création du système d'information sur les temps d'attente; la mise en place d'un système régional d'imagerie diagnostique par l'autorité de Thames Valley; et la création d'un dossier électronique pour les patients pédiatriques.
- La plupart des associations hospitalières de l'Ontario ont adopté des plans stratégiques visant à améliorer leurs systèmes d'information clinique.

Par comparaison à d'autres gouvernements, l'Ontario accuse beaucoup de retard dans le domaine de la cybersanté. Le département des Affaires des anciens combattants aux États-Unis[81] a consenti depuis dix ans d'importants investissements dans la création de dossiers de santé électroniques. La « Veterans' Administration » (VA) recueille des données sur les soins de santé à des fins de planification, d'évaluation et de rétroaction sur la qualité; elle s'en est servie pour accroître l'efficience de la prestation des services de santé et améliorer la prévention des maladies et la prise en charge des infections chroniques[82].

Grâce à ces dossiers électroniques, la VA a défini 17 mesures de qualité du système de santé, dont elle peut suivre l'évolution en vue d'évaluer son rendement[83]. L'Ontario dispose de données correspondant à un seul de ces 17 indicateurs, et de données partielles correspondant à huit autres[84]. L'Institut de recherche en services de santé a bien mis au point un ensemble d'indicateurs pour le système de santé et la santé de la population en Ontario, mais dans l'état actuel de notre système de gestion de l'information, nous ne pouvons calculer que sept des 16 indicateurs proposés[85].

Les systèmes de dossiers de santé électroniques et de gestion de l'information de santé existants sont insuffisants pour nous permettre de planifier et de gérer notre système de santé. Pour cette raison, les soins dispensés aux Ontariennes et aux Ontariens sont moins rapides et moins appropriés qu'ils pourraient l'être.

8.4 Rendement potentiel de l'investissement de l'Ontario

L'Inforoute Santé du Canada a été créée par les premiers ministres fédéral et provinciaux du Canada, qui ont convenu en septembre 2000 de collaborer pour renforcer l'infrastructure d'information en santé à l'échelle du Canada, en vue d'améliorer la qualité des soins de santé que reçoivent les Canadiennes et les Canadiens, leur accès aux soins et la rapidité avec laquelle ils reçoivent ceux-ci. Selon l'Inforoute Santé du Canada, l'implantation des dossiers de santé électroniques dans tout le Canada coûterait 10 milliards de dollars, mais permettrait de réaliser sur 20 ans des économies de plus de 80 milliards de dollars. Compte tenu de l'importance démographique de la province[86], il est vraisemblable que la mise en place des dossiers de santé électroniques coûterait 4 milliards de dollars en Ontario.

Si ces prévisions sont correctes, la cybersanté permettrait de réaliser sur 20 ans des économies de plus de 30 milliards de dollars[87], somme qui pourrait être réinvestie dans le système de santé. Dans l'avenir, le COQSS mènera des recherches afin de développer des arguments en faveur de la cybersanté en Ontario, en vue de justifier cet investissement qui inaugurera un système de santé plus performant, plus sécuritaire, plus efficace, plus efficient, davantage axé sur le patient, mieux intégré et mieux géré.

8.5 Nécessité d'une gestion efficace de la cybersanté

La transition au système de gestion de l'information de santé semble se dérouler sans lien avec le développement des dossiers de santé électroniques. Ce manque de coordination nous inquiète. L'Ontario doit se doter d'une stratégie claire de cybersanté, dans laquelle les dossiers électroniques et les systèmes d'information sont explicitement reliés par un cadre structurant. Pour parvenir à cet objectif, nous devons créer un cadre de gestion de la cybersanté en Ontario et mettre en œuvre des politiques spécifiques pour le rendre exécutoire. Faute d'un tel cadre à l'heure actuelle, trop d'intervenants agissent actuellement chacun de leur côté.

Qui dit bonne gestion dit responsabilité, c'est-à-dire le suivi attentif de tous les éléments du projet et la gestion scrupuleuse des ressources. Il faudra choisir une orientation stratégique globale et prévoir un mécanisme unique pour rendre compte aux citoyens par le biais de rapports et de communications réguliers et complets.

81 Le système de soins de santé des anciens combattants aux États-Unis est évoqué au chapitre 6 : ses responsables ont obtenu de bon résultats en se dotant d'une capacité de recherche interne et en en faisant un élément essentiel des soins.
82 Jha AK, Perlin JB, Kizer KW,Dudley RA. Effect of the transformation of the Veterans' Affairs Health Care System on the quality of care. N Engl J Med. 2003; 348(22): 2218-27.
83 Jha AK, Perlin JB, Kizer KW,Dudley RA. Effect of the transformation of the Veterans' Affairs Health Care System on the quality of care. N Engl J Med. 2003; 348(22): 2218-27.
84 Improving Health Care Data in Ontario. ICES. janvier 2005.
85 Improving Health Care Data in Ontario. ICES. janvier 2005.
86 La population de l'Ontario représente 39 % de celle du Canada – Statistique Canada. 2005
87 10 yr investment strategy. Pan Canadian Electronic Health Record. Booz, Allen and Hamilton. Avantages calculés au prorata pour l'Ontario en fonction de sa population.

8.6 Conclusions

Pour réussir la transition à la cybersanté, nous devons nous doter des moyens appropriés, c'est-à-dire engager les fonds nécessaires et acquérir la capacité nécessaire pour parvenir à nos objectifs opérationnels et stratégiques. Cette transition comporte des risques, qui doivent être identifiés afin que nous puissions mettre en place des pratiques appropriées de gestion des risques, y compris des mesures de contrôle et des cadres déontologiques. Certains des Ontariens et des Ontariennes que nous avons consultés, par exemple, n'étaient pas convaincus que la mise au point de solutions en cybersanté devait être confiée à des organismes du secteur public, alors que d'autres modèles de mise en œuvre offriraient peut-être un meilleur rapport coût-efficacité pour la mise en place des dossiers de santé électroniques et des systèmes de gestion de l'information. Ces questions méritent une réflexion plus approfondie de la part des décideurs.

L'Ontario n'attache manifestement pas assez d'importance à l'introduction des dossiers de santé électroniques. Vu les avantages immenses d'une transition rapide aux dossiers électroniques, ce projet devrait être considéré comme une urgence. Or, à l'exception des efforts considérables entrepris en vue de réorganiser et de coordonner des réseaux régionaux de télésanté, l'Ontario n'a pas encore consenti un effort concentré et énergique pour l'instauration de la cybersanté.

Il est encourageant de constater que le gouvernement compte procéder à une revue opérationnelle de sa Smart Systems for Health Agency, mais c'est la prise en charge globale de l'ensemble du secteur de la cybersanté, y compris la gestion de l'information, les dossiers électroniques et la télésanté, qui nous paraît la plus urgente. Il faut établir les priorités du secteur et prendre les grandes décisions d'investissement qui s'imposent. C'est à ce niveau que les différents modèles de financement possibles doivent être envisagés.

Le COQSS estime que la mise en œuvre rapide des dossiers de santé électroniques est la plus prometteuse des mesures stratégiques que nous pouvons prendre pour instaurer une gestion efficace de l'information de santé, préalable indispensable à l'amélioration continue de la qualité de la santé en Ontario. Nous estimons en particulier qu'il serait possible d'accélérer la mise en œuvre beaucoup trop lente de la cybersanté en confiant une mission plus ambitieuse et mieux définie à l'Inforoute Santé du Canada.

Le cas de Cathy Smith ou l'importance des dossiers de santé électroniques

Cet exemple illustre l'importance des dossiers de santé électroniques pour la prestation en temps voulu de soins efficaces et de grande qualité. Les personnages sont fictifs, mais beaucoup de patients et de fournisseurs de soins ont vécu des situations semblables.

Dans notre système de santé, les patients reçoivent des soins dispensés par de multiples entités dans des milieux très divers, allant de leur médecin de famille jusqu'aux spécialistes, en passant par les pharmacies, les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. Chaque secteur fonctionne indépendamment des autres et recueille ses propres données. Cathy Smith, 56 ans, habite à Espanola (Ontario). Tous les deux ans depuis son 50e anniversaire, Mme Smith subit un examen de dépistage du cancer du sein. Le 30 novembre 2004, le médecin de famille de Mme Smith, le docteur Ken Prada, adresse celle-ci à un département de radiologie pour subir une mammographie de routine.

Le 30 janvier 2005, un technologue en radiologie réalise la mammographie à l'aide du système d'imagerie diagnostique en ligne que l'Hôpital général d'Espanola partage avec l'Hôpital régional de Sudbury. Le docteur Dawn Karan, radiologiste à l'Hôpital régional de Sudbury, examine le cliché et décèle une masse insolite dans le sein de Mme Smith. Elle téléphone au docteur Prada et lui envoie son rapport par la poste le 1er février.

Sur réception du rapport sur la mammographie de Mme Smith, le docteur Prada convoque la patiente à une consultation. Le jour de son rendez-vous, le 18 février, il lui explique le contenu du rapport et l'adresse au docteur Richard Shaw, chirurgien à Sudbury, pour subir une biopsie. Le docteur Shaw programme la biopsie pour le 17 mars à l'hôpital de Sudbury. À l'arrivée de Mme Smith à Sudbury, le docteur Shaw procède à des analyses de sang puis réalise la biopsie. Après l'intervention, il donne à Mme Smith une ordonnance de Tylenol 3 pour lutter contre la douleur. De retour à Espanola, Mme Smith se rend chez son pharmacien pour se faire délivrer le médicament. Elle lui dit incidemment qu'elle croit être allergique à la codéine. Son pharmacien lui apprend que le Tylenol 3 contient de la codéine et tente de joindre le docteur Shaw à Sudbury pour envisager de modifier l'ordonnance. Le lendemain, le pharmacien parvient à joindre le docteur Shaw et tous deux conviennent de dispenser un autre antidouleur à Mme Smith.

Le docteur Shaw examine les résultats de l'analyse et de la biopsie, mais n'est pas en mesure de déterminer si la masse est maligne. Son infirmière rappelle donc Mme Smith et la prie de revenir à Sudbury pour une consultation de suivi le 23 avril. Le docteur Shaw lui explique les résultats de la biopsie et recommande une intervention chirurgicale au sein. Mme Smith subit son intervention à Sudbury le 25 juin. La masse est retirée et s'avère bénigne. À la consultation postintervention de Mme Smith, le docteur Shaw lui suggère de procéder régulièrement à un auto-examen des seins. Six mois plus tard, Mme Smith revoit le docteur Prada à l'occasion de son rendez-vous régulier.

Dans notre système de santé, à l'heure actuelle, pratiquement tous les cliniciens consignent leurs notes sur papier et se transmettent les informations cliniques par la poste ou par télécopieur. Il est rare que les informations soient communiquées par voie électronique. Du point de vue des patients, l'isolement de tous ces systèmes informatiques entraîne un gaspillage d'efforts, de temps et de ressources, empêche de coordonner pleinement les soins et compromet la qualité et la productivité du système de santé. Pis encore, les dossiers administratifs qui sont malgré tout constitués omettent toute mention d'un bon nombre d'événements cliniques. Voyons ce que nous savons sur les contacts de Mme Smith avec le système de santé.

Tableau 3 [88]

Ce que nous devons mesurer	Pouvons-nous le mesurer avec exactitude?	Si oui, pourquoi? Sinon, pourquoi pas?
Temps d'attente entre le moment où le médecin de famille de Mme Smith commande une mammographie pour elle et la date à laquelle celle-ci est effectuée.	Non	Il n'existe aucune donnée sur les aiguillages. Les données sont inexistantes si le médecin de famille ne les transmet pas au Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO).
Mammographie de dépistage	En partie	Les données sont recueillies en partie dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein, et en partie par l'intermédiaire du RASO. Les données du RASO ne distinguent pas les mammographies de dépistage des mammographies de suivi.
Temps d'attente entre la date à laquelle le médecin de famille adresse Mme Smith au chirurgien et celle du rendez-vous avec ce dernier.	Non	Il n'existe aucune donnée sur les aiguillages.
Résultats de la biopsie	Non	Les résultats des évaluations pathologiques ne sont pas disponibles électroniquement, sauf pour les patients cancéreux.
Délai entre la visite au chirurgien et l'intervention	Oui	Ces données sont disponibles puisque les hôpitaux conservent des données sur les congés.

Nous recueillons si peu de données administratives que les gestionnaires et les responsables de la planification de notre système de santé sont incapables de mesurer le comportement de celui-ci, et par conséquent sont loin de pouvoir le gérer avec toute l'efficacité possible. C'est ici que la cybersanté révèle son utilité : grâce à elle, nous pouvons unifier les données provenant de sources multiples afin de créer un dossier axé sur le patient qui permettra aux fournisseurs de soins d'avoir immédiatement accès aux informations cliniques essentielles. Les patients pourront être certains que les renseignements vitaux sur leur santé seront à la portée des fournisseurs de soins partout et en tout temps. Par ailleurs, les gestionnaires du système de santé pourront obtenir les données dont ils ont besoin à partir des dossiers de santé électroniques, comme une conséquence toute naturelle de la prestation de soins cliniques. Chaque organisme ne sera plus obligé de recueillir ses propres données séparément et coûteusement.

Dans un système de cybersanté :

- Le docteur Karan aurait pu envoyer son rapport électroniquement au docteur Prada.
- Le docteur Prada aurait pu visualiser la mammographie sur son ordinateur, la montrer à Mme Smith, enregistrer le rapport du docteur Karan dans le dossier électronique de Mme Smith, et transmettre celui-ci au docteur Shaw accompagné des données pertinentes.
- Le docteur Shaw aurait pu prendre connaissance électroniquement (c'est-à-dire plus rapidement et plus efficacement) de la demande du docteur Prada. Si le docteur Prada avait commandé des analyses, le docteur aurait pu en constater les résultats électroniquement et n'aurait donc pas eu à les faire répéter. Certaines des consultations chirurgicales avec le docteur Shaw auraient pu se dérouler à distance grâce à la télémédecine, ce qui aurait épargné à Mme Smith de se déplacer continuellement entre Espanola et Sudbury. Les consultations auraient donc été plus commodes, et la date de son intervention aurait pu être rapprochée.
- Lorsqu'il se serait disposé à prescrire à Mme Smith du Tylenol 3, le docteur Shaw aurait constaté qu'elle était allergique à la codéine puisque le système l'aurait empêché de délivrer une ordonnance pour un médicament contre-indiqué.
- Le pharmacien de Mme Smith à Espanola aurait reçu électroniquement l'ordonnance délivrée à Cathy par le docteur Shaw, ce qui aurait réduit la possibilité d'erreurs dues à l'écriture illisible du médecin et aurait permis d'exécuter l'ordonnance plus rapidement.
- Au prochain rendez-vous régulier de Mme Smith, son dossier de santé électronique aurait rappelé au docteur Prada qu'il devait procéder à un examen de ses seins.
- Les gestionnaires du système de santé pourraient mesurer dans quel délai les patients sont reçus par les spécialistes auxquels ils ont été adressés, ce qui leur permettrait éventuellement de prendre des mesures d'amélioration et par conséquent d'abréger les temps d'attente.
- Les responsables de la planification du système de santé pourraient analyser l'utilisation des services de mammographie et de biopsie et prévoir l'offre de ces services dans différentes régions.

Résultats : des soins et un accès améliorés, moins de double emploi dans les services, un système plus efficient et des citoyens qui sont mieux à même de prendre en charge leurs propres problèmes. Nous disposerions en outre de données plus fiables pour les recherches sur la santé et nous pourrions mieux planifier et mieux gérer notre système de soins.

88. Moving toward a better health data system in Ontario. ICES. Mars 2006.

Annexes : Indicateurs de rendement du système de santé

Le chapitre 3 évoquait divers moyens de mesurer la qualité du rendement du système de santé de l'Ontario et proposait un certain nombre d'indicateurs qu'il est possible de mesurer dès à présent. Ces annexes décrit les indicateurs plus en détail, y compris la méthode utilisée pour les mesurer, et les conclusions que nous pouvons en tirer.

Appendix 1 – Sécuritaire

Les soins devraient améliorer la santé et le bien-être des clients et non leur porter atteinte.

Dans leur étude sur les événements indésirables dans les hôpitaux canadiens[89], Baker et Norton, les autorités en la matière, estiment que 7,5 % des personnes admises à un hôpital au Canada subissent un événement indésirable[90]. Puisqu'il y a en Ontario environ 1,15 million d'admissions annuelles à l'hôpital, on peut estimer qu'il se produit dans la province 85 000 événements indésirables, dont 32 000 pourraient éventuellement être évités.

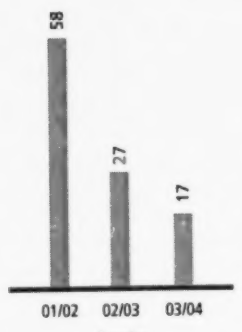
Malheureusement, nous ne pouvons repérer et compter avec précisions ces événements indésirables, en grande partie parce que les systèmes d'information de nos établissements de soins de santé ne nous permettent pas d'en assurer systématiquement le suivi. Ceci nous empêche aussi de déterminer aisément quelles mesures doivent être prises pour réduire ou éliminer les événements indésirables.

Le COQSS a choisi deux indicateurs de la sécurité pour les patients, tous deux reliés aux soins hospitaliers :

- nombre de patients victimes d'une fracture pendant leur hospitalisation;
- pourcentage des patients des hôpitaux ou malades chroniques qui développent des escarres.

L'indicateur sur les fractures mesure le nombre de patients appartenant à des groupes sélectionnés admis à des services de médecine et de chirurgie et qui ont subi des fractures des membres supérieurs, des membres inférieurs ou du crâne postérieurement à leur admission, le plus souvent à la suite d'une chute. Les fractures sont la principale cause de morbidité chez les personnes âgées[91]. Bon nombre de chutes, mais non pas toutes, peuvent être prévenues.

NOMBRE DE PATIENTS HOSPITALISÉS DANS LES HÔPITAUX DE SOINS ACTIFS EN ONTARIO ET VICTIMES DE FRACTURES PENDANT LEUR HOSPITALISATION (#)



D'après les dossiers des patients ayant quitté l'hôpital pendant l'année financière

Source : Base de données sur les congés des patients de l'ICIS

Pour les trois années pour lesquelles nous disposons de données, le nombre de fractures dont les patients hospitalisés en Ontario sont victimes a diminué. Nous pouvons dénombrer les fractures subies pendant une hospitalisation puisque les données relatives à tous les patients admis dans un établissement de soins actifs sont transmises à l'Institut canadien d'information sur la santé, y compris des précisions sur les complications survenues après l'admission. Mais nous ne pouvons pas mesurer les chutes et les factures dans les établissements de soins de longue durée de la province, alors que ces événements représentent un risque particulièrement grave pour les patients (au nombre de plus de 70 000) qui y résident.

L'indicateur relatif aux escarres mesure le pourcentage de patients hospitalisés dans les établissements de soins chroniques qui ne présentaient pas une escarre de stade 2 ou plus avancée au moment de l'évaluation initiale, mais qui en ont développé un pendant les 90 jours suivants. Les escarres sont causées par une pression prolongée sur la peau attribuable à l'immobilité[92]. Elles représentent un risque particulièrement élevé pour les personnes confinées au lit ou à un fauteuil, ainsi que pour celles qui peuvent difficilement changer de position. Presque toutes les escarres peuvent être prévenues si le personnel change les patients de position et dispense des soins de la peau appropriés.

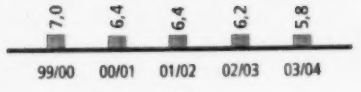
89 G. Ross Baker, Peter G. Norton et coll., The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. RAMC, 25 mai 2004; 170 (11)

90 « Une blessure ou une complication non intentionnelle attribuable à la dispensation des soins de santé, non à l'état sous-jacent du patient, et qui provoque l'incapacité, le décès ou une hospitalisation prolongée des patients. »

91 Hospital Report Research Collaborative, 2003

92 Ferguson-Pare M, Bourret E, Bernick L, Buchanan D, Cabico L, King B, Rivera TM., « Best practices in the care of elderly persons in hospital », Hosp Q. Été 2000;3(4):30-7.

POURCENTAGE DES PATIENTS DE SOINS CHRONIQUES AYANT DÉVELOPPÉ DES ESCARRES
(%)



Les nouvelles escarres de stade 2 ou supérieur sont incluses. L'indicateur a été rajusté en fonction du risque pour la proximité du décès, le traitement de la plaie opératoire en l'absence d'escarre, les escarres de stade 1 et la dépendance à l'égard de tiers pour être transféré d'une surface à une autre.

Source : Base de données sur les patients du réseau de soins chroniques de l'Ontario

Le nombre de patients hospitalisés dans des établissements de soins chroniques[93] développant des escarres a diminué modestement mais régulièrement pendant la période pour laquelle nous disposons de données (1999-2000 à 2003-2004).

Pour assurer la sécurité des patients, il faut évidemment s'efforcer d'éliminer tous les événements indésirables survenus dans le système de soins de santé de l'Ontario et qui auraient pu être évités. La tendance à la réduction des événements défavorables révélée par l'indicateur des fractures est un signe positif, qui reflète l'importance accrue que les hôpitaux attachent à la sécurité des patients. Cette tendance doit être encouragée et étendue à d'autres aspects de la sécurité en milieu hospitalier (par exemple les infections nosocomiales et les erreurs d'administration de médicaments), ainsi qu'à tous les services de santé. Vu la rareté des données disponibles, le COQSS n'est pas encore en mesure de déterminer si les précautions prises jusqu'ici ont accru la sécurité du système de santé en Ontario. Pour vérifier que nous offrons effectivement aux patients et aux travailleurs de la santé ontariens un environnement de soins sécuritaire, nous devrons disposer d'un ensemble plus vaste de mesures de la sécurité des patients, qui dépassent les soins hospitalisés.

Appendix 2 – Efficace

Les preuves scientifiques les plus solides devraient servir de fondement aux soins pour qu'ils soient les meilleurs et les plus adéquats possibles. Les innovations devraient aussi être fondées sur les données les plus précises, qu'il soit question de nouvelles méthodes de coordination de soins, de prévention, de prestation de services ou d'utilisation de technologies.

Une grande partie des recherches sur les soins de santé consiste à évaluer différentes modalités de soins (nouveaux médicaments, nouvelles technologies, techniques chirurgicales moins effractives, comparaison entre les soins à domicile et l'hospitalisation). Les résultats de ces recherches constituent autant d'éléments probants qui permettent de choisir le traitement le plus approprié. Dans un système de soins de santé efficace, de tels éléments d'information seront produits, diffusés et mis en valeur afin d'aider les fournisseurs de soins à prendre les meilleures décisions de traitement possibles.

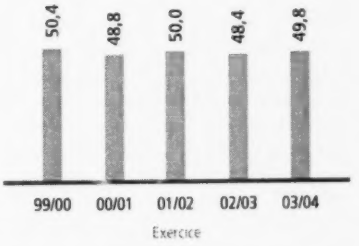
Pour évaluer dans quelle mesure le système de santé de l'Ontario obtient de bons résultats dans ce domaine, le COQSS doit d'abord établir quelles pratiques sont souhaitables, en fonction des preuves, puis vérifier le rendement du système de santé afin de déterminer si les soins les plus efficaces sont dispensés. L'idéal serait de disposer de données qui permettraient de mesurer à quel point les cliniciens se conforment aux protocoles de traitement basés sur les preuves, et pour confirmer que l'observation de tels protocoles (ou lignes directrices de pratique clinique) a permis d'obtenir les améliorations attendues dans les soins de santé. Certaines mesures de ce genre sont disponibles çà et là en Ontario, mais elles ont une portée très limitée puisqu'elles sont basées sur les données administratives.

Le COQSS a choisi trois indicateurs d'efficacité :

- pourcentage de patients chez qui l'on vient de diagnostiquer un diabète et qui bénéficient d'un examen ophtalmologique dans l'année;
- taux de survie à 30 jours après une crise cardiaque;
- taux de survie à cinq ans après un cancer.

Les lignes directrices de pratique clinique recommandent que 100 % des patients chez qui le diabète de type 2 est nouvellement diagnostiqué subissent un examen ophtalmologique par un spécialiste dès le moment du diagnostic, et que 100 % des patients atteints de diabète de type 1 subissent un examen ophtalmologique par un spécialiste dans un délai de cinq ans suivant le diagnostic.[94] L'observation de ces lignes directrices contribue à prévenir la cécité, complication à long terme du diabète. Les résultats ci-dessous montrent que 50 % seulement des personnes chez qui le diabète est nouvellement diagnostiqué subissent un examen ophtalmologique dans un délai d'un an suivant le diagnostic. Au fur et à mesure que la mise en œuvre des lignes directrices de pratique clinique se généralise et que les cliniciens modifient leurs habitudes pour s'y conformer, nous espérons que ce taux augmentera.

POURCENTAGE DE PATIENTS ÂGÉS DE 30 ANS ET PLUS CHEZ QUI LE DIABÈTE A ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉ ET QUI ONT SUBI UN EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE DANS UN DÉLAI D'UN AN SUIVANT LE DIAGNOSTIC



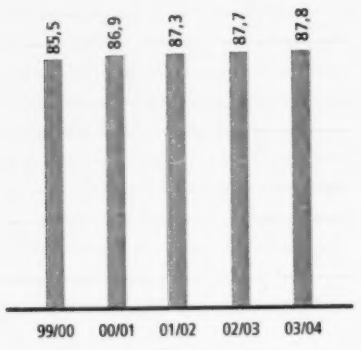
Pourcentage standardisé par âge et par genre. N'inclut pas les patients bénéficiant de soins primaires dispensés dans un établissement proposant des services non rémunérés à l'acte.

Source : Base de données sur les congés de patients de l'ICIS, demandes de paiement des médecins au RASO/MSSLD

93 Également appelés « soins continus complexes ».
94 Association canadienne du diabète, comité d'experts sur les lignes directrices de pratique clinique, 2003.

L'infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque) est l'une des principales causes de décès au Canada. Le nombre de patients qui survivent pendant 30 jours après avoir été admis à l'hôpital à la suite d'une crise cardiaque constitue un indicateur de la qualité des soins dispensés, ainsi que de l'impact des mesures de prévention et des activités de traitement et de prise en charge de la maladie.

TAUX DE SURVIE À 30 JOURS APRÈS UN INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE POUR 100 HABITANTS



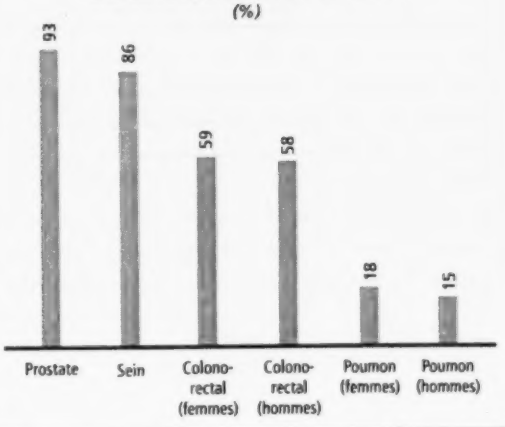
Corrigé pour l'âge et le genre. Limité aux personnes âgées de 20 ans et plus

Source : Base de données sur les congés de patients de l'ICIS

Cet indicateur dénote l'efficacité avec laquelle le système de soins de santé réduit le nombre de décès attribuables à des crises cardiaques. Plus le taux est élevé et meilleure est la situation puisque cela signifie qu'un plus grand nombre de patients survivent à leurs crises cardiaques, qu'ils reçoivent des soins de grande qualité et que les stratégies mises en œuvre pour prévenir, traiter et prendre en charge les crises cardiaques sont efficaces. Toutefois, les données ne sont pas pondérées en fonction de la gravité et du type de cas; nous ne disposons pas de bons repères comparatifs; et nous ne pouvons mesurer l'utilisation des thérapies efficaces dont il est démontré qu'elles réduisent le nombre de décès dus à des crises cardiaques. Pendant la période de cinq ans allant de 1999-2000 à 2003-2004, plus de 85 % des patients ayant subi une crise cardiaque ont survécu pendant au moins 30 jours; ce taux a augmenté modestement mais régulièrement, ce qui pourrait démontrer que le système de santé traite ces patients de manière plus efficace. Dans sa publication annuelle de 2005 sur les indicateurs de santé, l'ICIS annonçait que le taux de décès à l'hôpital à la suite d'une crise cardiaque (rajusté en fonction du risque) était plus bas en Ontario que dans toute autre province sauf une.[95]

Le taux de survie relative à cinq ans des personnes atteintes de cancer décrit la probabilité qu'une personne chez qui un cancer est diagnostiqué survivra pendant cinq ans après son diagnostic, par comparaison aux chances de survie des personnes du même âge et du même genre chez qui un cancer n'a pas été diagnostiqué. Le taux de survie relative sur cinq ans dépend du stade auquel le cancer est diagnostiqué, du type de cancer, des caractéristiques de la tumeur et de la disponibilité d'un traitement efficace. Un taux inférieur à 100 % montre que la maladie a eu un impact sur la survie du patient pendant cette période de cinq ans par comparaison à la population associée non atteinte de cancer. Par exemple, le taux de survie relative sur cinq ans de 86 % pour le cancer du sein indique que la probabilité de survie pendant cinq ans des femmes atteintes du cancer du sein est égale à 86% de la probabilité de survie des femmes non atteintes. Plus le taux de survie relative est élevé et plus la situation est positive.

SURVIE RELATIVE SUR CINQ ANS, CAS DIAGNOSTIQUÉS EN ONTARIO.
(%)



Pour les quatre cancers les plus courants. Fondé sur tous les cas diagnostiqués en Ontario de 1995 à 1997, chez les personnes âgées de 50 à 79 ans sauf pour le cancer du sein qui se fonde sur les cas diagnostiqués entre 40 et 79 ans.

Source : Action Cancer en Ontario, registre des cancers de l'Ontario

En mesurant la survie probable des personnes atteintes de différents types de cancer, nous sommes mieux à même d'apprécier :

- la différence de pronostic entre divers types de cancer;
- dans quelle mesure les traitements anticancéreux sont efficaces, et si leur efficacité s'améliore.

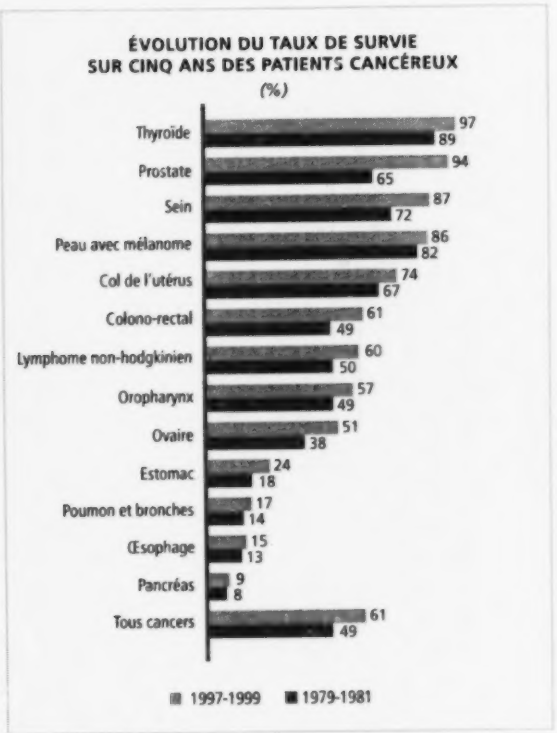
L'efficacité du système de santé de l'Ontario dans la prévention des décès prématurés dus au cancer varie d'un type de cancer à l'autre. Le taux de survie pour le cancer du sein est relativement élevé car les programmes de dépistage décèlent les tumeurs à un stade plus précoce, ce qui permet de les traiter plus tôt et plus efficacement. Le pourcentage des Ontariennes faisant l'objet d'un dépistage augmente mais reste inférieur à la cible nationale. Les taux de survie chez les patientes atteintes de cancer du sein restent faibles car ce cancer est moins souvent diagnostiqué alors qu'il est encore susceptible d'être traité, et parce que la thérapie n'est pas aussi efficace. La clé, pour réduire le cancer du poumon, consiste à réduire la tabagie, comme nous le démontrons à l'annexe 9. Les taux de survie chez les personnes atteintes du cancer du sein en Ontario sont semblables à la moyenne canadienne[96]. Les taux de survie chez les patients cancéreux sont généralement plus élevés au Canada qu'en Europe occidentale[97] et semblables à ceux des États-Unis. En Ontario, les taux de survie des patients cancéreux se sont améliorés pour tous les types de cancer. Ceci démontre de manière probante que l'efficacité du système des soins de santé s'améliore dans le domaine de la lutte anticancéreuse.[98]

95 « Indicateurs de la santé », décembre 2005, n° de catalogue ICIS 82-221-XIF, volume 2005, n° 3.

96 Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada : Statistiques canadiennes sur le cancer, annexe E.

97 Roazzi P, Capocaccia M, Santaquilani M, Carrani E et le groupe de travail EUROCARE. Electronic availability of EUROCARE-3 data: a tool for further analysis. Annals of Oncology 2003; 14 (supplément 5):v150-v155.

98 D'après la comparaison avec les données de la SEER Cancer Statistics Review, 1975-2001. http://seer.cancer.gov/csr/1975_2001/results_merged/topic_survival.pdf



Tous genres et âges confondus.

Source : Ontario Cancer Registry Incidence File, Action Cancer Ontario

Depuis 10 ans, tous les secteurs du système de santé de l'Ontario ont déployé des efforts de plus en plus suivis pour généraliser les approches de soins basées sur les preuves. Le nombre de lignes directrices de pratique clinique pour la lutte contre le cancer disponibles électroniquement a plus que doublé en Ontario depuis quatre ans[99]. Plus de 90 % de certains groupes de patients atteints de cancer du colon, du poumon et du sein traités par le réseau de soins anticancéreux de l'Ontario reçoivent les soins recommandés, ce qui démontre que ce secteur au moins du système de santé est efficace. (Toufefois, nous ne pouvons mesurer les résultats pour les patients ayant reçu un traitement anticancéreux dans d'autres secteurs du système de soins). Il y aurait beaucoup d'autres activités d'amélioration de la qualité à mettre en œuvre et beaucoup d'autres modifications à apporter au système pour favoriser l'adoption des pratiques exemplaires. En donnant une plus large diffusion aux preuves fiables, nous aiderons les fournisseurs de soins de santé en Ontario à continuer d'améliorer leur rendement, et par conséquent l'état de santé de la population.

Appendix 3 – Axé sur le patient

Les soins axés sur le patient respectent l'individualité, l'origine ethnique, la dignité, la vie privée et les besoins en information du patient et de ses proches. Cette vision respectueuse doit caractériser l'ensemble du système de santé. Les patients doivent être maîtres de leurs soins. La responsabilité envers les patients et leur famille doit être élevée.

Depuis plusieurs années, les fournisseurs de soins de santé dans le monde entier ont de plus en plus tendance à dispenser des « soins axés sur le patient »[100]. Ils se sont rendu compte que bon nombre d'aspects du système de soins de santé avaient été structurés historiquement à l'avantage et pour la commodité des fournisseurs de soins, pas nécessairement des patients. Ceci affecte non seulement la satisfaction des patients à l'égard des soins qu'ils reçoivent, mais encore la probabilité que les patients demanderont des soins et observeront les consignes qui leur seront données. Il appartient au patient et non au fournisseur d'évaluer si une interaction entre eux peut être considérée comme « axée sur le patient ».

Idéalement, pour mesurer si le système de santé de l'Ontario dispense des soins axés sur le patient, il faudrait mesurer la satisfaction des patients à l'égard des éléments qui déterminent si les soins dispensés par chaque fournisseur, dans chaque secteur du système de santé, sont effectivement axés sur le patient (coordination des soins, communication par le médecin, prise de décisions partagée, respect), pour. Le Hospital Report, parrainé conjointement par l'Association des hôpitaux de l'Ontario, le ministère de la Santé, et l'Institut canadien d'information sur la santé, publie régulièrement des données globales sur la satisfaction des patients à l'égard des hôpitaux de soins actifs en Ontario. Malheureusement, le questionnaire du sondage sur la satisfaction des patients dont les résultats paraissent dans le Hospital Report a récemment été modifié, ce qui empêche de comparer les résultats de 2005 à ceux des années précédentes.

Il n'existe pas de données semblables sur la satisfaction des patients dans bon nombre de secteurs du système de soins de santé de l'Ontario, et même lorsqu'elles existent, il est rarement possible d'identifier les fournisseurs individuels.

Le COQSS a choisi deux indicateurs pour évaluer la satisfaction des patients à l'égard des services de santé et la mesure dans laquelle ils peuvent avoir accès au fournisseur de leur choix :

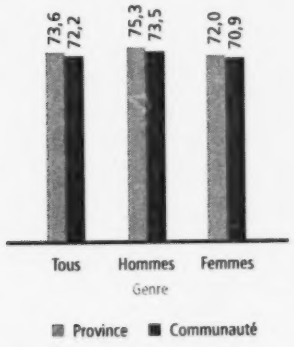
- pourcentage de la population qualifiant les services de santé de bons ou d'excellents;
- pourcentage de candidats aux soins de longue durée placés dans l'établissement constituant leur premier choix.

Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les répondants sont invités à évaluer la qualité des services dans leur province et dans leur communauté. Voici les proportions de répondants qui ont attribué une cote « bon » ou « excellent ».

99 Programme de soins fondés sur l'expérience clinique (Ontario) : http://www.cancercare.on.ca/index_aboutthePEBC.htm

100 Éditorial, « Towards a global definition of patient centred care », BMJ 2001;322 444-445 (24 février).

POURCENTAGE DE LA POPULATION ATTRIBUANT UNE COTE « EXCELLENT » OU « BON » À LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ DANS LA PROVINCE ET DANS LEUR COMMUNAUTÉ



Limité aux personnes âgées de 15 ans et plus.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1

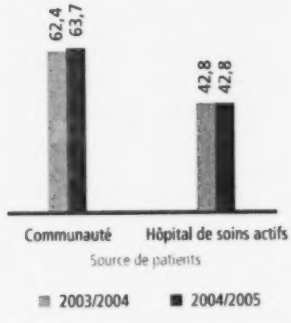
Près des trois quarts des Ontariennes et Ontariens interrogés déclarent que la qualité des services de santé dans la province et dans leur communauté est bonne ou excellente, ce qui signifie qu'un peu plus d'un quart jugent seulement acceptables ou médiocres les soins qu'ils reçoivent. Ce sondage est une mesure très générale des perceptions individuelles à l'égard du système de santé. Il n'est pas précisé à quel secteur du système les répondants ont eu affaire (infirmières, médecins, services communautaires, etc.).

Les patients ontariens qui ont besoin de soins de longue durée qu'il est impossible de dispenser à leur domicile ont le droit de choisir l'établissement de soins de longue durée dans lequel ils habiteront. Les patients sont invités à préciser leur premier, second et troisième choix de foyer. Ils sont alors inscrits sur une liste d'attente pour chaque établissement. Un patient qui refuse l'offre d'un lit est radié de toutes les listes d'attente et ne peut présenter une nouvelle demande avant un délai de six mois, à moins que son état de santé ne se détériore. Les patients qui acceptent l'offre d'un lit dans un établissement autre que leur premier choix peuvent continuer de figurer sur les listes d'attente de celui-ci, et s'ils le désirent, d'autres choix de foyers.Un patient occupant un lit dans un hôpital de soins actifs qui refuse d'accepter une offre de lit dans un établissement de soins de longue durée doit dès lors acquitter des frais d'hébergement à l'hôpital.

Le tableau ci-dessous montre qu'environ 60 % des patients qui vivent dans la communauté et qui demandent un lit dans un établissement de soins de longue durée sont placés dans leur premier choix d'établissement. En revanche, seulement 40 % environ des patients qui font cette demande alors qu'ils occupent un lit dans un hôpital de soins actifs sont placés dans l'établissement de leur premier choix.

N'inclut pas les placements d'urgence, les transferts ou les clients issus d'un établissement de soins

POURCENTAGE DE PLACEMENTS EN FOYER DE SOINS DE LONGUE DURÉE CORRESPONDANT AU PREMIER CHOIX DU RÉSIDENT, POUR LES PATIENTS VENANT DE LA COLLECTIVITÉ OU D'UN HÔPITAL



non actifs (à savoir, réadaptation, psychiatrie, soins chroniques, hors province)

Source : Long-Term Care Planning and Renewal Client Profile Database

Le fait que la majorité des personnes hospitalisées dans des établissements de soins actifs et qui demandent des lits pour soins de longue durée ne sont pas placées dans le foyer de leur choix reflète l'importance que les hôpitaux attachent à transférer hors de l'établissement les patients qui n'exigent plus de soins actifs, même s'il faut passer outre à leurs préférences. Voici un exemple des défis que les fournisseurs doivent relever lorsqu'ils tâchent d'établir un équilibre entre l'efficience en milieu hospitalier et le respect des désirs du client. Moyennant un effort d'innovation et de créativité, nous pouvons atteindre ces deux objectifs.

Près des trois quarts des Ontariens sondés en 2003 déclarent qu'ils jugent bonne ou excellente la qualité du système de santé de l'Ontario. Ce résultat est positif, mais il n'est pas précisé quels secteurs obtiennent des résultats supérieurs aux autres dans la prestation de soins axés sur le patient, ni non plus s'il y a des différences d'un fournisseur individuel à l'autre. Le faible pourcentage de patients hospitalisés dans des établissements de soins actifs demandant un lit de soins de longue durée qui peuvent emménager dans le foyer de leur choix est préoccupant. Du reste, nous ne savons pas si ces patients ont demandé de leur propre mouvement à être admis en foyer de soins de longue durée, ou s'ils n'ont pas eu le choix, faute des services qui permettent aux personnes âgées de demeurer à la maison. Au fur et à mesure que les demandes adressées au système de santé se font plus pressantes, sous l'effet de la croissance démographique et du vieillissement de la population, les fournisseurs de soins peuvent s'estimer de plus en plus dispensés de fournir des soins axés sur le patient. L'Ontario devrait s'efforcer en priorité de renforcer sa capacité de mesurer la satisfaction des patients dans des secteurs individuels du système de santé et même à l'égard de fournisseurs individuels, et même d'évaluer certains éléments spécifiques des soins afin de déterminer s'ils sont vraiment axés sur le patient.

Appendix 4 – Accessible

Les patients qui en ont besoin doivent recevoir les soins adéquats dans le cadre le plus approprié. Nous devons poursuivre nos efforts afin de réduire les temps d'attente et les retards.

Les efforts du ministère de la Santé de l'Ontario ont, entre autres, porté sur l'amélioration de l'accès aux services de santé. Le chapitre 4 cite de nombreux cas dans lesquels l'accès aux soins de santé pourrait être amélioré, et propose des méthodes qui peuvent être utilisées pour parvenir à cet objectif.

Le COQSS a identifié deux indicateurs qui constituent des mesures représentatives de l'accès des résidents de l'Ontario aux services de santé :

- temps d'attente pour le remplacement d'une articulation,
- pourcentage de la population ayant un médecin régulier.

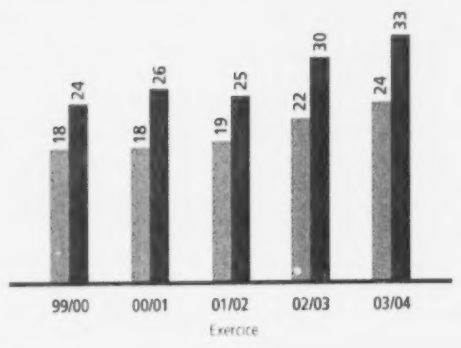
Les temps d'attente sont l'une des nombreuses dimensions de l'accessibilité. Il est souvent possible de les abréger grâce à de meilleures techniques de gestion et en ciblant davantage les interventions sur ceux qui en bénéficieront. Fin 2004, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé la Stratégie sur les temps d'attente de l'Ontario, conçue pour améliorer l'accès aux services de santé en réduisant, d'ici décembre 2006, le temps que les adultes doivent attendre en Ontario pour recevoir les services dans cinq domaines, sans pour autant prolonger les temps d'attente pour d'autres services. Un système de soins chirurgicaux axés sur le patient, qui assure le suivi et la prise en charge des temps d'attente, permet une prestation plus efficiente et efficace des soins, et renseigne le public et les fournisseurs sur les délais d'attente, sera créé pour les interventions de remplacement total de l'articulation de la hanche et du genou.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a tout de suite rencontré certaines difficultés dans l'application de la Stratégie sur les temps d'attente, notamment l'inexistence d'une liste d'attente provinciale unique qui permettrait de mesurer combien de temps les patients attendent effectivement, ainsi que l'absence d'un processus permettant de classer les patients par ordre prioritaire en fonction de leurs besoins cliniques et de normes relatives aux temps d'attente raisonnables pour différentes interventions. Le ministère met actuellement en œuvre un système d'information sur les temps d'attente à l'échelle provinciale, que les fournisseurs de soins, les conseils d'administration et la direction des hôpitaux et le ministère lui-même pourront utiliser afin de gérer l'accès aux services en fonction de l'ordre de priorité des patients et des cibles établies. Ce système permettra également de déterminer si les Ontariennes et les Ontariens ayant des besoins cliniques semblables sont traités dans les délais acceptés sans égard à leur chirurgien, à leur hôpital ni à leur lieu de domicile.

Avant la mise en œuvre du système d'information sur les temps d'attente, le ministère utilisait des données rétrospectives recueillies par l'Institut de recherche en services de santé . Ces données portent un regard uniquement sur les patients ayant déjà subi une intervention, à l'exclusion de ceux qui sont toujours inscrits sur la liste d'attente. Le graphique suivant montre l'évolution estimative du temps d'attente médian pour le remplacement d'articulations en Ontario entre 1999-2000 et 2003-2004. La moitié des patients ont attendu moins longtemps et la moitié, plus longtemps.

Le temps d'attente correspond à la période qui s'écoule entre la dernière consultation chirurgicale et le moment de l'opération. Limité aux patients de 20 ans et plus.

TEMPS D'ATTENTE MÉDIAN (EN SEMAINES) POUR LE REMPLACEMENT D'ARTICULATIONS EN ONTARIO



Source : Base de données sur les congés de patients de l'ICIS, base de données du NACRS de l'ICIS, demandes de paiement de médecins au RASO/MSSLD et base de données sur les personnes inscrites

Le temps d'attente médian pour le remplacement d'articulations augmente, même si le nombre d'interventions pratiquées dans les hôpitaux en Ontario a également beaucoup augmenté.

Mais même si le temps médian constitue un renseignement utile, il ne nous aide pas à déterminer si certains patients attendent beaucoup plus longtemps. Par exemple, si le temps d'attente médian pour une intervention est de 10 semaines, il se peut que toutes les personnes qui ont attendu plus longtemps aient dû patienter pendant 11 semaines, ou encore il se peut qu'elles aient dû attendre 100 semaines. Le temps d'attente médian, pris isolément, ne précise pas la distribution du temps d'attente. En complétant le temps d'attente médian par une seconde mesure, par ex. le 90e percentile du temps d'attente (c'est-à-dire que 90 % des patients ont attendu moins longtemps et 10 %, plus longtemps), il est possible de se faire une idée plus complète de la situation.

Au fur et à mesure que les données disponibles sur les temps d'attente deviennent plus fiables et que les cibles en matière de délais acceptables se précisent, le COQSS se propose de contrôler la mesure dans laquelle la Stratégie sur les temps d'attente a atteint ses objectifs.

L'amélioration de l'accès aux soins primaires est également une priorité en matière de santé aux paliers national et provincial. En Ontario, des équipes Santé familiale ont été créées afin de donner aux patients accès à une équipe collaborative de médecins, d'infirmières, d'infirmières praticiennes et d'autres professionnels de la santé, aussi près que possible de leur domicile.

Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, il est demandé aux répondants s'ils ont un médecin régulier. En Ontario, en 2000, 9 % des personnes sondées déclaraient ne pas avoir de

médecin régulier. Ce taux a légèrement baissé jusqu'à 8 % en 2003[101]. Autrement dit, près d'un million de personnes en Ontario n'ont pas de médecin de famille. Cette proportion varie selon la région et selon les sous-groupes de la population. Cependant, ce chiffre seul ne nous permet pas d'estimer le degré de continuité dans les soins primaires que les patients reçoivent. Par ailleurs, il est probable que les patients qui n'ont pas de médecin régulier ne reçoivent pas d'immunisations (dans le cas des enfants), ne font pas l'objet d'un dépistage du cancer (dans le cas des adultes), et en général ne reçoivent pas les soins primaires qui peuvent prévenir les affections chroniques ou aiguës. L'enquête ontarienne sur l'accès aux soins primaires (en préparation) permettra de mesurer plus exactement la disponibilité et l'accessibilité des soins primaires et d'évaluer la perception du public à l'égard de ces soins et de la création des équipes Santé familiale. Ce sondage permettra de déterminer le nombre d'Ontariennes et Ontariens qui ont besoin de soins mais qui ne peuvent y avoir accès.

Les mesures dont nous disposons pour évaluer l'accès laissent à croire que le système de santé de l'Ontario n'a pas encore atteint un niveau de rendement élevé pour cet attribut important. Même s'il est vrai que les investissements récemment engagés afin de réduire les temps d'attente pour les interventions chirurgicales spécifiques pourraient apporter des améliorations, rien ne permet encore de conclure que de tels résultats ont été obtenus. Nous devons mettre au point et préciser les mesures d'accès à d'autres services de santé afin de permettre au COQSS de surveiller les écarts entre les services et entre les communautés en matière d'accès.

Appendix 5 – Efficient

Il faut persévérer dans nos efforts visant à réduire tous les gaspillages, qu'il s'agisse de fournitures, d'équipement, de temps, d'idées, de propriété intellectuelle et de renseignements sur la santé.

Dans un système de soins de santé efficient, les précieuses ressources sont réparties entre les patients en fonction de leurs besoins. En particulier, un système efficient permet de réduire le nombre de cas où des patients sont traités dans un milieu inutilement intensif (et coûteux). Les indicateurs de l'efficience appartiennent généralement à deux catégories : les intrants, et le coût par unité de production. La mesure des résultats d'un système de santé est particulièrement délicate car il faut les pondérer en fonction des différentes caractéristiques des patients (âge, genre, maladies dominantes, etc.).

Le COQSS a choisi d'utiliser un indicateur global de l'efficience du système de santé et deux indicateurs de l'efficience des établissements hospitaliers :

- dépenses de santé du gouvernement provincial pour chaque habitant;
- pourcentage de journées d'hospitalisation pour lesquelles pourrait être fourni un autre niveau de soin dans les hôpitaux ontariens;
- taux d'hospitalisation pour des affections sensibles aux soins ambulatoires.

L'Institut canadien d'information sur la santé recueille des données sur les dépenses de santé des gouvernements et du secteur privé au Canada[102] et publie un certain nombre de mesures de la productivité du système, entre autres le total des dépenses de santé par habitant du gouvernement de chaque province. Cet indicateur est rajusté en fonction des différences dans l'âge de la population des provinces. Le graphique ci-dessous présente les résultats pour 2003.

Total des dépenses de santé par habitant des gouvernements provinciaux, rajusté en fonction de l'âge et du genre, 2003

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada, Base de données sur les dépenses nationales de santé

En 2003, l'Ontario a dépensé 2 511 $ par habitant pour les soins de santé, soit plus que la moyenne canadienne de 2 479 $. De prime abord, il semblerait que le système ontarien est moins efficient que la moyenne au Canada, puisque les soins ont coûté plus cher à dispenser dans la province.

Mais cette conclusion n'est pas nécessairement la bonne, car nous ignorons si l'ensemble de services de santé financés par l'Ontario est exactement identique à ceux que financent les gouvernements des autres provinces. Par exemple, l'Ontario s'est doté d'un réseau de soins à domicile très développé, qui n'existe pas partout ailleurs. Les régimes d'assurance-médicaments diffèrent également d'un endroit à l'autre. Ces différences rendent très malaisée toute évaluation de l'efficience du système de santé. Il n'est même pas possible de réaliser une comparaison fiable des catégories spécifiques de fournisseurs, puisque leur rôle est parfois différent d'une province à l'autre.

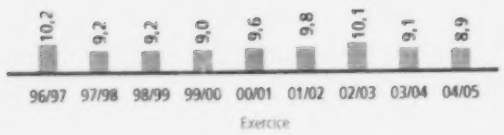
S'il est difficile d'apprécier l'efficience du système de santé dans son ensemble, nous pouvons en revanche mesurer des catégories spécifiques de possibilités d'amélioration de l'efficience.

101 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycles 1.1, 2.1.
102 Institut canadien d'information sur la santé, « Tendances nationales relatives aux coûts de santé, 1975–2005 », 2005.

Dans les hôpitaux de l'Ontario, par contraste avec ceux de la plupart des autres provinces, les séjours pour soins actifs sont plus courts, la chirurgie ambulatoire est davantage pratiquée[103] et le coût par cas est moins élevé[104]. Il est intéressant de mesurer le nombre de journées d'hospitalisation dans un établissement de soins actifs de patients dont le médecin estime qu'ils n'ont plus besoin de ce niveau de soin. Dans la plupart des cas, non seulement serait-il possible de traiter ces patients ailleurs qu'à l'hôpital, mais ils recevraient même des soins convenant mieux à leurs besoins (programmes de réadaptation, soins de longue durée, etc.). En outre, l'occupation de lits de soins actifs par des patients qui n'en ont pas besoin fait augmenter l'achalandage dans les hôpitaux, jusqu'à obliger parfois ceux-ci à faire attendre des patients du service médical dans les couloirs de la salle d'urgence, jusqu'à ce qu'un lit se libère.

Le graphique ci-dessous montre que 9 % environ des journées d'hospitalisation (et donc des lits) dans les hôpitaux de soins actifs de l'Ontario sont occupés par des patients qui pourraient être pris en charge ailleurs. Autrement dit, des patients en attente de congé utilisent 1 700 lits de soins actifs, lesquels sont par conséquent inaccessibles pour les patients qui ont besoin de soins actifs. Puisque la plupart des patients concernés attendent leur transfert dans un établissement de soins de longue durée, il aurait semblé logique que l'ajout de 20 000 lits dans ces établissements en Ontario au cours des cinq dernières années réduise l'engorgement, mais dans la réalité, le nombre de journées d'hospitalisation de patients qui n'ont pas besoin de se trouver dans un établissement de soins actifs a à peine fléchi.

POURCENTAGE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DE PATIENTS N'AYANT PAS BESOIN DE SOINS ACTIFS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS ACTIFS DE L'ONTARIO



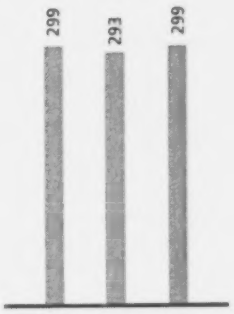
Pourcentage de journées d'hospitalisation de patients n'ayant pas besoin de soins actifs dans les établissements de soins actifs de l'Ontario, de 1996-1997 à 2004-2005

Source : Base de données sur les congés des patients de l'ICIS

En outre, même si les hôpitaux recueillent et communiquent des données sur le nombre de journées d'hospitalisation de patients qui n'ont pas besoin de soins actifs, le service que ces derniers attendent n'est généralement pas signalé, ce qui permet difficilement de cibler les investissements en services de santé post-soins actifs.

Des chercheurs ont dressé une liste d'affections dites « sensibles aux soins ambulatoires »[105], c'est-à-dire des maladies qui n'auraient pas nécessairement exigé l'hospitalisation si le patient avait eu accès à de bons soins communautaires et ambulatoires. Si le taux d'admission pour les affections sensibles aux soins ambulatoires dans un hôpital donné est faible, c'est peut-être parce que les patients peuvent obtenir en temps voulu des soins primaires et communautaires. Les hôpitaux de soins actifs peuvent alors concentrer leurs ressources pour prendre en charge les patients dont il n'aurait pas été possible d'éviter l'hospitalisation.

TAUX D'HOSPITALISATION POUR DES AFFECTIONS SENSIBLES AUX SOINS AMBULATOIRES, RAJUSTÉ, POUR 100 000 HABITANTS



Standardisé selon l'âge. Exclut les personnes de 75 ans et plus. Ces affections sont l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le grand mal et autres convulsions épileptiques, les bronchites aiguës, les pneumonies et les insuffisances cardiaques congestives.

Source : Base de données sur les congés des patients de l'ICIS

Même si ces données donnent à penser que le taux d'hospitalisation pour des affections sensibles aux soins ambulatoires n'a guère varié récemment, le COQSS n'est pas en mesure de se prononcer sur la tendance à long terme car les comparaisons sont rendues malaisées en raison de changements récents dans les système de codage et de collecte de données des hôpitaux. Dans nos rapports futurs, nous examinerons la variation de cet indicateur (et d'autres d'ailleurs) par région et par affection spécifique (insuffisance cardiaque, asthme, diabète, etc.), car les études déjà effectuées ont révélé que le rendement des établissements est très variable à ce chapitre.

Nous signalions plus haut que faute d'une utilisation suffisante et intégrée des technologies de l'information et des communications dans le système de santé de l'Ontario, la collecte, la transmission et la publication des données représentent un fardeau inutilement écrasant (même s'il est difficile à mesurer directement). À cause des carences technologiques – il suffit de rappeler l'absence de dossiers de santé électroniques – des fonds qui pourraient servir à améliorer les soins sont plutôt consacrés à acheter des systèmes informatiques incapables de communiquer entre eux et dont l'isolement dédouble les tâches de collecte de données, et à rémunérer des employés chargés d'enregistrer et de coder des données administratives, alors que l'information voulue pourrait être produite comme conséquence toute naturelle de la prestation des soins. Il s'agit là d'un exemple criant de manque d'efficience dans le système de l'Ontario.

103 HayGroup, « Clinical Efficiency - Comparison of Hospitals in Ontario vath Hospitals in Other Provinces », Association des hôpitaux de l'Ontario, mars 2004.

104 HayGroup, « Summary of Hospitals' Clinical and Operational Efficiency Reports », Association des hôpitaux de l'Ontario, mars 2004.

105 Brown AD, et coll., « Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics », Rl can santé publique, 2001 mars-avril;92(2):155-9.

Les données dont nous disposons ne permettent pas au COQSS de déterminer si le système de santé de l'Ontario est efficient par comparaison à ceux d'autres provinces ou pays. Toutefois, les données sur les possibilités d'amélioration de l'efficience démontrent que notre système n'est pas aussi efficient qu'il pourrait l'être.

Annexe 6 – Équitable

Il faut persévérer dans nos efforts visant à réduire les disparités en matière de santé pour les personnes appartenant à des groupes qui pourraient être désavantagés en raison de leur statut économique et social, de leur âge, de leur genre, de leur origine ethnique, de leur lieu de résidence ou de leur langue.

Les chercheurs des services de santé ont souvent constaté que, même dans le système de santé canadien, où l'universalité est un principe essentiel du régime d'assurance-maladie, il existe des disparités quant à l'utilisation des services de santé et l'état de santé, lesquelles sont liées à des facteurs comme le statut socioéconomique ou l'origine ethnique[106,107,108]. Ces disparités ne sont certes pas aussi immenses que celles que l'on retrouve dans le système de santé américain mais elles confirment que l'état de santé et l'accès aux soins sont influencés par des facteurs dépassant la simple capacité à payer pour recevoir des services de santé.

Les atlas sur les soins de santé publiés par l'Institut de recherche en services de santé[109,110], ont mis en évidence l'existence de variations géographiques du taux d'utilisation des services de soins de santé en Ontario. Comme les données administratives utilisées pour créer la plupart des indicateurs de rendement des soins de santé ne comprennent aucun renseignement sur les revenus d'un patient, son niveau d'instruction ou son origine ethnique mais contiennent plus souvent son code postal, la plupart des mesures de l'équité du système de santé se concentrent sur les variations géographiques. Cependant, les codes postaux peuvent servir à identifier les habitants des quartiers pauvres, permettant ainsi d'évaluer les variations selon le niveau de revenu du quartier.

Le Conseil a défini deux indicateurs qui permettent de mesurer la variation de l'état de santé et de la disponibilité des services de soins de santé par région géographique :

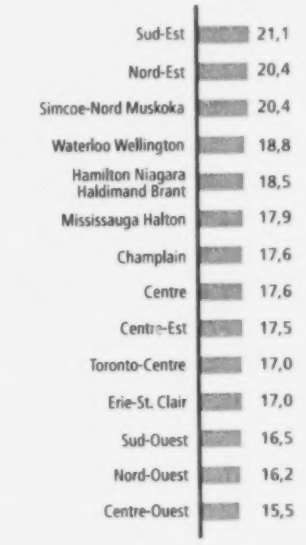
- le nombre de décès hospitaliers après un accident vasculaire cérébral, par région sanitaire;
- le nombre de médecins de soins primaires pour 10 000 habitants par région.

Le premier indicateur est le taux (rajusté en fonction des risques) de mortalité hospitalière à 30 jours après un accident vasculaire cérébral. Les taux ont été calculés séparément pour les habitants de chacune des régions géographiques qui seront placées sous la responsabilité des nouveaux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). En 1996, l'Institut de recherche en services de santé estimait que 14 937 sorties des hôpitaux ontariens concernaient des patients ayant subi une attaque d'apoplexie hémorragique ou un accident ischémique cérébral[111]. D'après une étude, les coûts directs et indirects liés aux accidents vasculaires cérébraux en Ontario se situent entre 718 et 964 millions de dollars par an[112].

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a mis en place la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux, qui vise [traduction] « à réduire l'incidence des accidents vasculaires cérébraux et à améliorer les soins aux patients ainsi que les résultats pour les victimes d'un accident vasculaire cérébral en réorganisant la prestation de soins de manière à ce que l'ensemble de la population ontarienne puisse accéder, en temps opportun, à des soins adéquats et de qualité »[113]. Depuis l'an 2000, l'Ontario a créé et subventionné neuf centres régionaux de traitement des accidents vasculaires cérébraux, 18 centres de district et 24 cliniques de prévention des accidents vasculaires cérébraux. Cette approche coordonnée à l'échelle provinciale en vue d'améliorer les soins aux victimes d'accident vasculaire cérébral devrait en principe réduire les inégalités de l'accès à ces soins[114].

TAUX DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE À 30 JOURS APRÈS UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

(%)



Rajusté en fonction du risque selon l'âge, le genre, le type d'accident vasculaire cérébral et la comorbidité. Limité aux patients de 20 ans et plus.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière.

Le taux de mortalité hospitalière des victimes d'accident vasculaire cérébral vivant dans la région couverte par le RLISS du Sud-Est (comté de Hastings, Lennox et Addington, comté de Prince Edward, comté de Frontenac et ville de Kingston) est supérieur de 36 pour cent au taux de mortalité des patients du RLISS du Centre-Ouest (comté de Dufferin, portion nord de la région de Peel, une partie de la région de York et une petite partie de la ville de Toronto).

106 Dunlop S, Coyte PC, Mchaac W. « Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey », Soc Sci Med. Juillet 2000; 51(1):123-33.

107 T. Kue Young, Jeff Reading, Brenda Elias et John D. O'Neil, « Type 2 diabetes mellitus in Canada's First Nations: status of an epidemic in progress », JAMC • 5 septembre 2000; 163 (5).

108 Newbold KB, Danforth J., « Health status and Canada's immigrant population », Soc Sci Med. Nov. 2003; 57(10):1981-95.

109 Goel V, Williams J, Anderson G, Blackstien-Hirsch P, Fooks C, Naylor D., « Patterns of health care in Ontario, 2nd edition », Institut de recherche en services de santé, mai 1996.

110 Hux J, Booth G, Slaughter P, Laupacis A., « Diabetes in Ontario », Institut de recherche en services de santé, juin 2003.

111 ICES Practice Atlas, « Patterns of Health Care in Ontario », 1996.

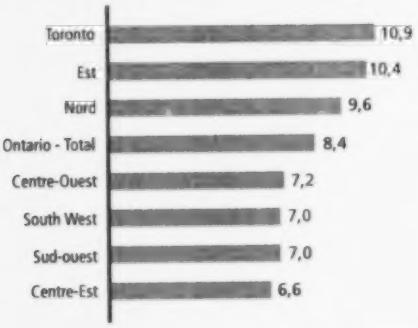
112 Chan B. Cost of stroke in Ontario, 1994/95. JAMC. 1998; 159 (6 suppl): S2-S6.

113 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, « Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux », juin 2004.

114 Black D, Lewis M, Monaghan B, Tyrpur J., « System change in healthcare: the Ontario Stroke Strategy », Hosp Q. 2003;6(4):44-7.

Le second indicateur correspond au nombre de médecins de soins primaires en activité pour 10 000 habitants pour chaque région de planification du ministère de la Santé. Le Centre de données sur les médecins de l'Ontario possède un registre des médecins en activité de la province, par spécialité et lieu d'exercice, et il réalise des rapports comparant le nombre de médecins disponibles et le nombre d'habitants. Les médecins de famille et les médecins non spécialistes représentent l'ossature du système de soins de santé primaires de l'Ontario et tous les habitants de la province devraient bénéficier d'un accès égal à leurs services.

MÉDECINS DE FAMILLE ET NON SPÉCIALISTES POUR 10 000 HABITANTS



D'après les médecins en activité repris dans la base de données de l'Ontario Physician Human Resources Data Centre en tant que médecin généraliste, omnipraticien, médecine de famille/ anesthésiste ou médecine de famille/urgentiste

Source : Ontario Physicians Human Resource Data Centre.

Les régions de planification de Toronto et de l'Est de l'Ontario (Ottawa-Kingston) possèdent les taux les plus élevés de médecins de famille et non spécialistes par habitant, tandis que les régions du Sud-Ouest (Windsor, London) et du Centre-Est (York, Durham, Peterborough) affichent les taux les plus faibles. Toronto compte 56 pour cent de médecins de famille et de médecins non spécialistes en plus que les régions du Sud-Ouest et du Centre-Est. Les initiatives de réforme des soins primaires lancées par le ministère de la Santé doivent résoudre les inégalités de la répartition des ressources humaines en soins de santé ainsi que les éventuelles pénuries de l'effectif provincial global.

Il apparaît que le système de santé provincial n'est pas encore en mesure de garantir à l'ensemble de la population ontarienne une équité parfaite en ce qui concerne l'accès aux services de santé ou l'état de santé. Le Conseil invite le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à définir des objectifs clairs pour le système de santé provincial et à veiller à ce que les RLISS s'efforcent de proposer aux patients, quelle que soit la région où ils vivent, des soins de santé d'une qualité égale ou supérieure aux normes provinciales.

Annexe 7 – Intégré

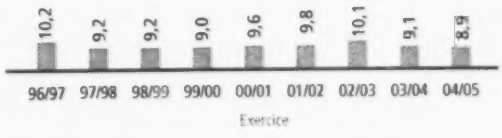
Le système de santé doit définir des objectifs de qualité clairs pour l'ensemble des prestataires de services de santé. Les objectifs doivent être harmonisés aux échelons provincial, régional et local et chaque organisme de prestation de services doit avoir l'obligation d'en assurer le suivi et de rendre des comptes.

L'un des buts essentiels du programme de transformation des soins de santé mis en œuvre par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée consiste à améliorer l'intégration des services de santé. La plupart des prestataires de soins bénéficiant d'une subvention ministérielle seront tenus de satisfaire aux ententes de responsabilisation en matière de services qui définiront les objectifs de service et de qualité, conformément aux buts fixés par le ministère pour le système de santé provincial.

Pour l'instant, ces ententes de responsabilisation en matière de services sont négociées par le ministère mais, au fil du temps, cette responsabilité sera confiée aux RLISS. Le nombre d'ententes de responsabilisation conclues avec succès pourrait constituer à l'avenir un moyen de mesurer l'efficacité avec laquelle l'amélioration de la qualité a été intégrée dans les plans et les processus des fournisseurs de soins.

Un autre aspect de l'intégration des services de santé concerne les relations entre les fournisseurs de différents secteurs, l'efficacité avec laquelle les obstacles à la circulation des patients dans le continuum des soins ont été réduits ou éliminés, ainsi que le degré de coordination des soins. Le pourcentage de journées d'hospitalisation pour lesquelles pourrait être fourni un autre niveau de soin pourrait constituer un indicateur de l'intégration entre les hôpitaux de soins actifs et les établissements de soins de longue durée. Cet indicateur, déjà utilisé pour mesurer l'efficience (voir l'annexe 5), est repris ci-dessous.

POURCENTAGE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DE PATIENTS N'AYANT PAS BESOIN DE SOINS ACTIFS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS ACTIFS DE L'ONTARIO



Le dénominateur n'inclut pas les nouveau-nés

Source : Base de données sur les congés des patients de l'ICIS

Dans un système de soins de santé où les soins actifs et les soins de longue durée seraient parfaitement intégrés, le transfert des patients de soins actifs n'ayant plus besoin de ce type de soins vers un milieu de soins plus approprié ne subirait que peu de retard. De même, l'amélioration des soins primaires et des soins communautaires permettrait d'éviter certaines admissions débouchant sur des journées d'hospitalisation pour lesquelles pourrait être fourni un autre niveau de soin. Au lieu de cela, près de 10 pour cent des précieux lits de soins actifs sont occupés par des patients attendant de quitter l'hôpital ou d'être transférés, tandis que les patients atteints de maladies aiguës sont peut-être contraints d'attendre aux services d'urgence, faute de lit disponible.

Le Conseil n'a trouvé que peu de données attestant que les soins de santé ontariens sont intégrés. Nous espérerons que la mise en place des RLISS et leur responsabilité explicite à l'égard de la promotion de l'intégration des services de santé permettra d'améliorer la situation.

Annexe 8 – Doté de ressources suffisantes

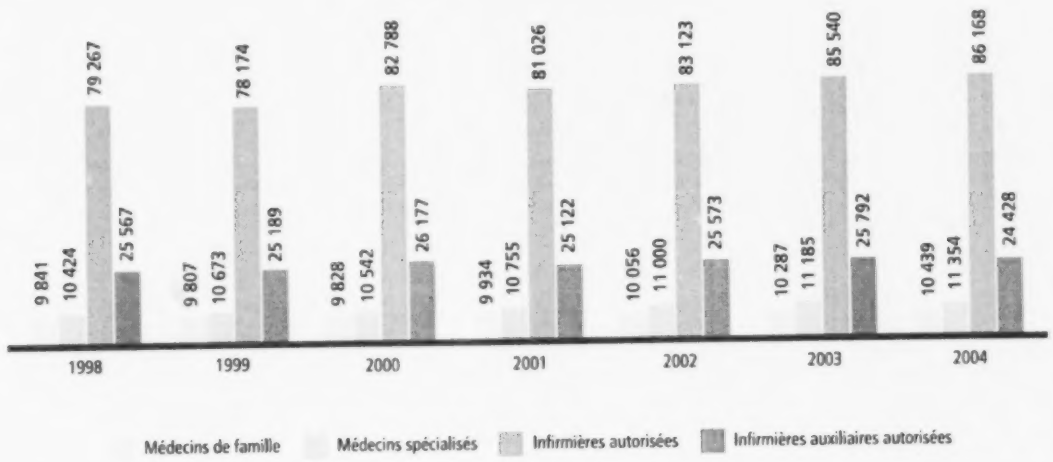
Le système de santé doit prévoir des effectifs dûment formés, fournir un environnement de travail sûr et satisfaisant et proposer les infrastructures, les outils et la technologie nécessaires afin de dispenser des soins aux patients de manière productive et efficace.

Une dotation suffisante en ressources comprend les prestataires de soins ainsi que les infrastructures, machines, médicaments, moyens financiers et toutes les autres ressources dont ces prestataires ont besoin pour travailler. L'une des mesures permettant de savoir si le système de soins de santé ontarien est doté de ressources suffisantes consiste à établir si la hausse du nombre de prestataires disponibles a suivi le même rythme que l'augmentation des besoins en services de santé résultant de l'accroissement et du vieillissement de la population. Une deuxième mesure, relative à la sécurité du milieu de travail dans les soins de santé, concerne les jours de travail perdus en raison d'une blessure. Les indicateurs sont donc :

- l'évolution des effectifs disponibles;
- le nombre de jours de travail perdus par travailleur de la santé.

Même s'il est vrai que, dans l'idéal, la première mesure serait exprimée en taux par habitant, et ajustée de manière à tenir compte de l'âge de la population, les données du ministère de la Santé sur les médecins et le personnel infirmier montrent que la hausse du nombre de fournisseurs amorcée en 1998 n'a pas été à la hauteur de l'augmentation de la population ontarienne (11 pour cent).

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DISPONIBLES
(Nombre de fournisseurs de soins)



Nombre de médecins fourni par l'Ontario Physician Human Resources Data Centre. Nombre de membres du personnel infirmier fourni par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Source : Équipe des résultats dans le domaine de la santé – gestion de l'information (ministère de la Santé et des Soins de longue durée)

Le gouvernement ontarien s'est engagé à augmenter le nombre d'espaces de formation et d'éducation pour la plupart des métiers de la santé et, dans ses futurs rapports, le Conseil vérifiera si cette augmentation a permis d'accroître les effectifs provinciaux et si le système de soins de santé propose la vie professionnelle sûre, productive et satisfaisante qui est l'un des attributs d'un système très performant.

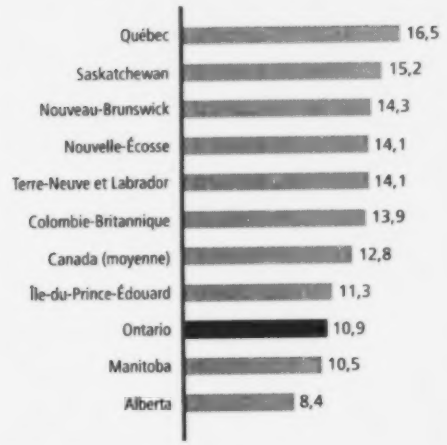
D'après l'Institut de recherche sur le travail et la santé[115] :

- Par rapport aux travailleurs des autres secteurs, les professionnels de la santé sont 1,5 fois plus susceptibles de manquer le travail en raison d'une maladie ou d'une incapacité.
- Les travailleurs de la santé sont particulièrement exposés aux blessures musculo-squelettiques contractées lorsqu'ils soulèvent et déplacent un patient. Ils sont plus susceptibles que les travailleurs des autres secteurs de souffrir de problèmes de dos et d'autres entorses et foulures au niveau des parties molles.
- Les travailleurs de la santé constituent un groupe à haut risque pour les blessures accidentelles avec des aiguilles, les infections, les maladies, le stress ainsi que pour les mauvais traitements et la violence sur le lieu de travail.

En 2004, les travailleurs à temps plein du secteur de la santé canadien ont manqué en moyenne 12,8 jours de travail en raison d'une maladie ou d'une incapacité. Les taux provinciaux allaient de 8,4 jours en Alberta à 16,5 jours au Québec[116]. L'Ontario se situait en troisième position pour le nombre de jours de travail perdus.

115. « Fact Sheet: The health of health-care workers », Institut de recherche sur le travail et la santé, 2005.
116. « Les dispensateurs de soins au Canada : Graphiques 2005 », Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL PERDUS EN RAISON D'UNE MALADIE/BLESSURE



Données de l'Enquête sur la population active de Statistique Canada

Source : Canadian Institute for Health Information.

Au cours des 10 dernières années, on a enregistré une diminution nette du nombre moyen de demandes d'indemnisation pour accidents du travail en Ontario. Cependant, pour cette même période, la diminution du nombre de demandes d'indemnisation émanant des travailleurs de la santé a été moins nette et a même légèrement augmenté en 2000[117].

Le Conseil a examiné les nombreux rapports récents qui réalisent des prévisions sur la future demande en professionnels de la santé et soulignent que les politiques actuelles ne suffiront pas à assurer un nombre suffisant de professionnels qualifiés afin de répondre à cette demande[118,119]. Nous confirmons qu'il existe un risque pour que, compte tenu de l'augmentation de la demande en services de santé, l'Ontario ne dispose pas du nombre et de la proportion de professionnels nécessaires au fonctionnement d'un système de santé très performant. L'augmentation de la charge de travail et le manque de sécurité potentiel de l'environnement de travail pourraient également aggraver ce problème.

Annexe 9 – Axé sur la santé de la population

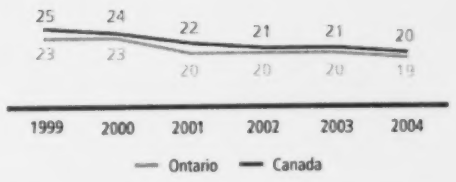
Des efforts soutenus doivent être réalisés pour améliorer continuellement l'état de santé général de la population ontarienne.

L'amélioration de l'état de santé de la population permet de réduire le fardeau général de la maladie et, donc, la demande en services de santé. Cette amélioration est essentielle pour assurer la durabilité du système de santé. Pour y parvenir, il faut des efforts coordonnés des différentes parties du gouvernement responsables des soins de santé, de la promotion de la santé et d'autres déterminants de la santé comme le logement, l'eau, l'éducation, la qualité de l'eau et l'environnement. Le Conseil a sélectionné les trois indicateurs suivants comme exemples de mesures du changement de l'état de santé de la population ontarienne :

- le tabagisme;
- la mortalité infantile;
- le nombre d'années supplémentaires de vie escomptées à l'âge de 65 ans pour les Ontariennes et les Ontariens.

Les maladies liées au tabagisme coûtent à l'économie ontarienne au moins 1,7 milliard de dollars par an en soins de santé[120], engendrent plus de 2,6 milliards de dollars de pertes de productivité[121] et représentent au moins 500 000 journées d'hospitalisation par an[122]. S'il est vrai que le tabagisme est en régression, ce déclin est lent malgré les efforts d'éducation publique et les restrictions de plus en plus nombreuses pour les fumeurs. Près d'un adulte sur cinq en Ontario affirme toujours consommer régulièrement des produits du tabac. La stratégie antitabac de l'Ontario devrait permettre de réduire le tabagisme.

POURCENTAGE DE PERSONNES CONSOMMANT DU TABAC
(% de consommation)



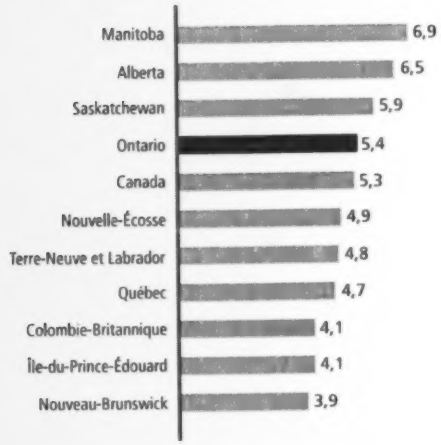
Limité aux personnes de 15 ans et plus.

Source : Santé Canada, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada

La mortalité infantile est une mesure, établie de longue date, qui permet d'évaluer non seulement la santé des enfants mais aussi le bien-être d'une société. Le taux de mortalité infantile reflète le niveau de mortalité, l'état de santé et les soins de santé d'une population, l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant. Il se définit par le nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie par tranche de 1 000 naissances d'enfants vivants[123]. En 2001 (l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles), l'Ontario se classait quatrième, au Canada, pour son taux de mortalité infantile.

117 « Fact Sheet: The health of health-care workers », Institut de recherche sur le travail et la santé, 2005.
118 « Environmental Scan Prepared for The Provincial Health Human Resources Strategic Advisory Group », Association des hôpitaux de l'Ontario, 2004.
119 « Tendances relatives au personnel de la santé au Canada, 1993 à 2002 », 2004 Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé publique et des populations.
120 Jha, P. et Chaloupka, F.J. Maîtriser l'épidémie : L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme. Washington, DC: Banque mondiale, 1999.
121 Investing in Tobacco Control: Good Health Policy, Good Fiscal Policy. Toronto : Ontario Medical Association, 2003.
122 Xie, X, Rehm, J., Single, E., Robson. The Economic Costs of Alcohol, Tobacco and Illicit Drug Use in Ontario: 1992, Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1996.
123 Indicateurs de la santé de Statistique Canada, 82-221-XIF.

MORTALITÉ INFANTILE, TAUX POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES – 2001



Moyenne sur trois ans

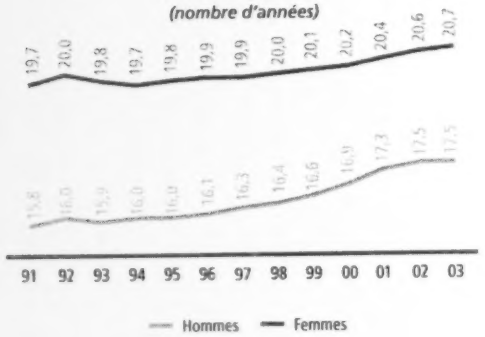
Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Bases de données sur les naissances et sur les décès

Parmi les pays de l'OCDE, le Japon et les pays nordiques (Islande, Suède, Finlande et Norvège) présentent le taux de mortalité infantile le plus bas, avec moins de 3,5 décès pour 1 000 naissances vivantes[124]. L'Ontario affiche un taux de mortalité infantile supérieur de plus de 50 pour cent.

Une autre mesure de l'état de santé de la population est l'espérance de vie. Le tableau ci-dessous indique le nombre d'années de vie supplémentaires escomptées pour une Ontarienne ou un Ontarien de 65 ans pour chacune des 14 dernières années.

ANNÉES DE VIE SUPPLÉMENTAIRES ESCOMPTÉES À L'ÂGE DE 65 ANÉ

(nombre d'années)



Années de vie supplémentaires escomptées à l'âge de 65 ans pour la population ontarienne, par genre

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Bases de données sur les naissances et sur les décès

En 1991, un Ontarien de 65 ans pouvait espérer vivre 15,8 ans de plus, pour atteindre l'âge de 80,8 ans. Une Ontarienne de 65 ans pouvait espérer vivre 19,7 années de plus, pour atteindre l'âge de 84,7 ans.

En 2003 (l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles), un Ontarien de 65 ans pouvait espérer vivre 17,5 ans de plus, pour atteindre l'âge de 82,5 ans. Une Ontarienne de 65 ans pouvait espérer vivre 20,7 années de plus, pour atteindre l'âge de 85,7 ans. Depuis 1991, l'espérance de vie des hommes de 65 ans a augmenté de 1,7 an, tandis que celle des femmes a augmenté d'un an. En 2002, pour la première fois depuis le début des années 90, l'espérance de vie des hommes n'a enregistré aucune augmentation par rapport à l'année précédente.

Si la disponibilité et la qualité de services de soins de santé ontariens ont probablement contribué à cette augmentation de l'espérance de vie, les autres déterminants de la santé non médicaux (comme la nutrition, l'éducation, etc.) jouent également un rôle. Dans ses prochains rapports, le Conseil s'attachera à évaluer l'incidence d'initiatives spécifiques d'amélioration de la qualité du système de soins de santé, spécialement conçues en vue d'améliorer d'une manière directe et mesurable la santé de la population ontarienne.

Parmi les autres mesures de l'état de santé examinées (reprises sur la fiche de résultats du système de santé ontarien[125]), citons :

- Grossesses chez les adolescentes (entre 1996 et 2002, ce taux a constamment baissé).
- Maladies transmissibles sexuellement (les taux augmentent en Ontario et dans d'autres provinces canadiennes).
- Nombre potentiel d'années de vie perdues en raison de causes spécifiques (pour toutes les causes, les décès prématurés sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes).
- Taux d'obésité (entre 2000 et 2003, le taux global d'obésité de la population ontarienne a peu évolué. Cependant, si les taux d'obésité ont baissé pour les femmes dans la plupart des tranches d'âge, les taux enregistrés pour les hommes, et plus particulièrement pour les adolescents, ont augmenté).
- Consommation abusive d'alcool (entre 2000 et 2003, le pourcentage de personnes indiquant avoir une consommation abusive d'alcool a augmenté dans presque toutes les tranches d'âge, tant pour les Ontariennes que pour les Ontariens).
- Utilisation de la ceinture de sécurité et des casques de cycliste pour les enfants (efficacité des campagnes de sensibilisation de ces dernières années).
- Programme universel de vaccination antigrippale (signes positifs indiquant que la population présentant le plus de risques de complications graves en cas de grippe, à savoir les personnes âgées, est efficacement ciblée).

S'il est exact que le taux de tabagisme a diminué, d'autres types de comportements peuvent avoir une incidence négative sur l'état de santé de la population ontarienne. Bien que l'espérance de vie des Ontariennes et des Ontariens soit en augmentation, il est possible d'améliorer encore leur santé grâce à des initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies. En juin 2005, le gouvernement ontarien a créé le ministère de la Promotion de la santé afin de renforcer les efforts dans ce domaine.

124 « Eco-Sante OCDE 2005 : Statistiques et Indicateurs pour 30 pays », Organisation de coopération et de développement économiques.

125 « The Ontario Health System Scorecard », ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, janvier 2006.

Remerciements

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé tient à remercier les chercheurs qui ont participé aux rapports détaillés sur lesquels ce document se fonde :

Dan Gordon de Praxia Information Intelligence, Chris Helyar de Hay Group, Karey Iron de l'Institut de recherche en services de santé, Dr Michael Rachlis, ainsi que Jonathan Lomas, Susan Law et Jane Coutts de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Notre réflexion sur les thèmes présentés dans ce rapport a été considérablement éclairée par les organismes suivants, qui se sont joints à nos réunions afin de présenter leurs points de vue et d'en débattre :

Conseil canadien d'agrément des services de santé, Action Cancer Ontario, Réseau de soins cardiaques de l'Ontario, Council of Academic Hospitals of Ontario, Association canadienne de la technologie de l'information, Institut de recherche en services de santé, Ontario Health Research Alliance, Équipe des résultats dans le domaine de la santé (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario), R.B.J. Schlegel-University of Waterloo Research Institute for Aging, Saint Elizabeth Health Care, Agence des systèmes intelligents pour la santé.

Nous remercions tous les organismes qui ont participé à nos séances de consultation :

Access Alliance Multicultural Community Health Centre, Addictions Ontario, Association of Local Public Health Agencies, Association des centres de santé de l'Ontario, Société canadienne du cancer - Division de l'Ontario, Council of Academic Hospitals of Ontario, Health Care Health and Safety Association of Ontario, Fondation des maladies du cœur, Hémophilie Ontario, Independent Diagnostic Clinics Association, Independent Living Service Providers, Multicultural Alliance for Seniors and Aging, Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, Coalition des organismes d'aînés et d'aînées de l'Ontario, Ontario College of Family Physicians, Association ontarienne de soutien communautaire, Ontario Home Health Care Providers' Association, Association des hôpitaux de l'Ontario, Ontario Long Term Care Association, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Ostéoporose Canada, La Société d'Arthrite (Ontario), Association ontarienne des troubles d'apprentissage et St. Elizabeth Health Care.

Outre les réunions et les présentations, un certain nombre de personnes ont été interrogées afin de fournir des données et des avis complémentaires. En plus des personnes déjà citées ci-dessus, nous tenons à remercier :

Michael Decter, Conseil canadien de la santé; Richard Alvarez, Inforoute Santé du Canada; Dr David Naylo, Université de Toronto; Dr Jack Kitts et Mary Catherine Lindberg, Council of Academic Hospitals of Ontario; Wendy Nicklin, Conseil canadien d'agrément des services de santé; Dr Andreas Laupacis, Institut de recherche en services de santé; Hugh MacLeod, Équipe des résultats dans le domaine de la santé; Drs Alan Hudson et Peter Glynn, Équipe des résultats dans le domaine de la santé – Stratégie de réduction des temps d'attente; Dr Adalsteinn Brown, Équipe des résultats dans le domaine de la santé – gestion de l'information; Dr Ronald Worton, Council of Ontario Research Directors; Dr Denise Alcock, Ontario Health Research Association; Bill Mantell, ministère de la Recherche et de l'Innovation.

Les collaborateurs des organismes suivants : Réseau de télécommunications de santé à distance du Nord de l'Ontario, Kensington Eye Centre, Société canadienne de l'ouïe, Sandy Lake Health and Diabetes Project, Mamaweswen (Conseil tribal de North Shore), Centre de santé communautaire Woolwich, Humber River Regional Hospital, Toronto East General Hospital, Centre de santé communautaire Somerset Ouest, Kingston General Hospital, Centre d'accès aux soins communautaires de Halton, Hamilton HSO Mental Health and Nutrition Program, Équipe Santé familiale de Mount Forest, Sault Ste. Marie Group Health Centre, et Trillium Health Centre.

Enfin, nous saluons et nous remercions les importants efforts déployés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, et en particulier par les membres de l'Équipe des résultats dans le domaine de la santé chargés de la gestion de l'information, pour répondre à nos demandes de données et d'autres renseignements aux fins de ce rapport public.

Membres du Conseil ontarien de la qualité des services de santé

Raymond V. Hession (Ottawa)	Président du Conseil
Victoria Grant (Stouffville)	Vice-présidente du Conseil
Laura Talbot-Allan (Kingston) et de la vérification	Présidente, Comité des opérations
Dr Raymond Lafleur (Hearst) opérations et de la vérification	Vice-président, Comité des
Shaun Devine (Waterloo)	membre, Comité des opérations et de la vérification
Zulfikarali Kassamali (Toronto) de la vérification	membre, Comité des opérations et
Paul Genest (Ottawa)	Président, Comité sur les communications
Dre Janice Owen (Ilderton)	Vice-présidente, Comité sur les communications
Dre Arlene Bierman (Toronto)	membre, Comité sur les communications
Abbyann Day Lynch (Toronto)	membre, Comité sur les communications
Dre Lyn McLeod (Thunder Bay)	membre, Comité sur les communications et représentante provinciale, Conseil canadien de la santé

Gouvernance

Conformément au mandat établi en vertu de la Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé, le Conseil ontarien de la qualité des services de santé informe la population de l'état du système de santé public ontarien, notamment en ce qui concerne l'accès aux services de santé, les ressources humaines, la santé générale de la population et les résultats du système de santé. Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé soutient également l'amélioration continue de la qualité du système de santé.

Le Conseil est soutenu dans sa tâche par deux Comités :

- Le Comité sur les communications soumet des recommandations au Conseil sur sa stratégie de communication et établit un programme afin que son rapport soit pertinent et compréhensible et qu'il suscite l'intérêt du plus grand nombre possible d'Ontariens et d'Ontariennes.
- Le Comité des opérations et de la vérification examine et soumet des recommandations au Conseil sur ses finances, ses mécanismes de vérification, ses politiques et ses programmes en matière de ressources humaines, ainsi que sur la technologie de l'information.

Angie Heydon — Directrice générale

Au sujet du Conseil

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé est un organisme indépendant financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Il rend compte directement à la population de l'accès aux services de santé publics, de l'état des effectifs employés dans les services de santé publics, de l'état de santé des clients et de la population, et des problèmes que connaît le système de santé.

Son rôle consiste à rendre le système plus responsable à l'endroit de la population ontarienne grâce à la production de rapports indépendants et objectifs portant sur la qualité du système de santé et à favoriser la compréhension des facteurs sous-jacents. Il s'efforce de fournir aux Ontariens et aux Ontariennes ainsi qu'au gouvernement et aux organismes professionnels des renseignements utiles, fondés sur les faits, qui les aideront à prendre des décisions éclairées au sujet du système de santé.

Quels sont nos résultats?

Version intégrale du rapport

Rendez-vous sur le site **www.ohqc.ca** pour télécharger une copie du premier rapport annuel du Conseil.

Des commentaires?

N'hésitez pas à transmettre vos commentaires que vous pourrez également formuler à l'occasion des visites que le Conseil effectuera dans certaines collectivités de la province. Rendez-vous sur le site **www.ohqc.ca** pour lui faire part de vos réflexions et pour connaître les dates et les lieux où il tiendra une assemblée publique.

COQSS Conseil ontarien de la qualité des services de santé

Conseil ontarien de la qualité des services de santé
1075, rue Bay, bureau 601
Toronto (Ontario) M5S 2B1

Téléphone : 416 323-6868
Sans frais : 1 866 623-6868
Télécopieur : 416 323-9261
Courriel: ohqc@ohqc.ca

www.ohqc.ca

Ontario

ISSN 1718-7427
© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2006